FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1961 - N° 49

RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DANS LES ANOVULATIONS SECONDAIRES D'ORIGINE OVARIENNE

THÈSE

présentée à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 20 Mars 1961
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Michel DUPUIS

né le 23 Août 1930
à GAGNY (Seine-et-Oise)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550007_0045

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTE MIXTE DE MEDECINE

ET DE PHARMACIE DE LYON

-=-=-=-

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J. LEPINE : Doyen Honoraire

M. H. HERMANN : Doyen
Correspondant de l'Institut

M. M. LEVRAT : Assesseur

Professeurs Honoraires

MM. COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

Professeurs

MM. HERMANN	Physiologie
CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique Biologique
DECHAUME	Clinique Neuro-Psychiatrique et Hygiène mentale
ROCHET	Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
CHAMBON	Chimie organique et Toxicologie
WERTHEIMER	Clinique Chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique Médicale B
FROMENT	Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique Médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique Chirurgicale A
GUILLEMINET	Clinique de Chirurgie orthopédique et de Chirurgie Infantile
REVOL	Pharmacie Galénique et Matière Médicale
POLLOSSON	Clinique Gynécologique
PIGEAUD	Clinique Obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique Médicale A
SOHIER	Hygiène et Action sanitaire et sociale
DUCLOS	Clinique Stomatologique
BERNHEIM	Clinique Médicale infantile et Hygiène du premier âge
JOURDAN	Biologie Médicale et Pharmacodynamie
NETIEN	Botanique et Cryptogamie
BERTRAND	Clinique Chirurgicale C
BADINAND	Chimie Analytique Pharmaceutique
DREVON	Pharmacie et Pharmacologie
ROCHE	Médecine Légale et Déontologie
COUDERT	Parasitologie et Pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie et d'Audio-Phonologie
PAUFIQUE	Clinique Ophtalmologique
THIERS	Clinique de Dermatologie, Syphiligraphie et Allergologie
BRUN	Clinique de Pneumo-Phtisiologie
CREYSSEL Jean	Clinique Traumatologique des membres
DARGENT	Cancérologie

.../...

MM.	GUICHARD	Anatomie Pathologique
	GIRARD Paul	Pathologie Générale et Expérimentale
	LATARJET	Anatomie
	PEYCELON	Pathologie Chirurgicale
	GIRARD Marcel	Thérapeutique
	VACHON	Pathologie Médicale
	GALY	Physio-Pathologie des voies respiratoires
	KEHL	Histologie
	PAPILLON	Radiologie
	JEUNE	Clinique des maladies infectieuses
	GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et ecologie sociale
	MONNET	Bactériologie

Professeurs à titre personnel

MM.	BERGER	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
	DORCHE	Technologie Pharmaceutique

Professeurs sans chaire

MM.	BANSSILLON	Obstétrique
	ROMAN	Parasitologie
	BERTOYE	Bactériologie
	CIER Jean-François	Physiologie
	CHATONNET	Physiologie

Maîtres de Conférences-Agrégés

MM.	CIER André	Pharmacie et Pharmacologie
	PERROT Louis	Chimie organique et Toxicologie
	FEROLDI Jacques	Anatomie Pathologique
	CREYSSEL Roger	Chimie Biologique et Médicale
	DUROUX Emile	Anatomie
	BRETTE René	Thérapeutique
	DUMONT Louis	Histologie
	THIVOLET Jean	Hygiène
	GARIN Jean-Paul	Parasitologie
	MORET Robert	Physique
	ODDOUX Lucien	Botanique et Cryptogamie

Agrégés en exercice

LECUIRE Jean	chargé d'enseignement	Neuro-chirurgie
MATHIEU Jacques		Obstétrique
MARION Joseph		Orthopédie
PONT Maurice	chargé d'enseignement	Propédeutique Médicale
VIGNON Georges	d°	Pathologie Médicale
REVOL Louis	d°	Pathologie Médicale
JAUBERT DE BEAUJEU	d°	Pathologie Chirurgicale
GUILLEMIN Georges	d°	Propédeutique Chirurgicale

.../...

BURTHIAUT René	chargé d'enseignement	Obstétrique
FRANCOIS René	d°	Pédiatrie, Puériculture
GUINET Paul		Médecine Générale
SAUTOT Jean		Pathologie chirurgicale
MARION Pierre		Chirurgie Générale
MICHAUD Pierre		Chirurgie Générale
GIGNOUX Marcel		Oto-Rhino-Laryngologie
FREIDEL Charles		Stomatologie
PLAUCHU Marcel		Médecine Générale
TRAEGER Jules		Médecine Générale
DEVIC Michel	chargé d'enseignement	Pathologie Médicale
COLIN Marcel	d°	Médecine Légale
GUYOTAT Jean	d°	Neurologie
DUMONT Martial	d°	Obstétrique
DURAND Louis	d°	Urologie
De MOURGUES Georges	d°	Chirurgie Générale
DESPIERRES Charles	d°	Médecine Générale
FRANCILLON Jacques		Chirurgie Générale
TOLOT François		Médecine du Travail
SAUBIER Eugène		Chirurgie Générale
COLOMB Daniel		Dermatologie
SCHOTT Bernard		Neurologie, Psychiatrie
BONAMOUR Georges		Ophtalmologie

Examinateurs de la thèse

Président : M. POLLOSSON

Jury: MM. MATHIEU
FEROLDI
DUMONT

La Faculté de Médecine de LYON déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

Que ce travail soit l'expression de toute la reconnaissance et de l'affection que je leur porte.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA SOEUR

A MA BELLE FAMILLE

A TOUS LES MIENS

et

TOUS MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur POLLOSSON

Il nous a accueilli avec une grande bienveillance lorsque nous lui avons demandé de présider cette thèse.

Son acceptation est pour nous un grand honneur.

Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé MATHIEU

Monsieur le Professeur Agrégé FEROLDI

Monsieur le Professeur Agrégé DUMONT

En témoignage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous ont fait d'accepter de faire partie de notre jury de thèse.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOSPICES CIVILS
DE LYON.

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. ROMAN , Chirurgien de l'Hôpital d'Annecy,
qui a inspiré ce travail, nous a guidé dans
sa rédaction et nous a fait profiter de sa
grande expérience. Nous lui devons tout.
Qu'il veuille trouver ici un témoignage de
notre grande reconnaissance.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL D'ANNECY

Messieurs les Docteurs ARNAL, BONNET,
DIDIERLAURENT, GIORGI, HERLEMONT, PATIN,
RATIE, RONZIER, SERVETTAZ, VINCENT.

- C H A P I T R E 1 -

L'absence d'ovulation, ou anovulation, représente la faillite majeure de la fonction génitale féminine. La ponte ovulaire constitue l'acte essentiel de cette fonction. Tous les phénomènes qui l'entourent sont accessoires. Certains, précédant la ponte ovulaire, ne font que la préparer. D'autres, plus tardifs et bien visibles, les règles, démontrent son existence.

Depuis les tout débuts de la puberté, depuis les premières tentatives de menstruation, les divers phénomènes somatiques traduisent la maturation corporelle qui se trouve couronnée par la réalisation de la physiologie adulte. Cet état est alors caractérisé par le déroulement de cycles complets.

Tout ceci traduit l'intention de la nature, orientée vers la capacité de reproduction, vers la réalisation et la réussite d'un long programme inclus dans l'organisme de la fillette, puis de la jeune femme. La perfection des formes, l'équilibre des fonctions, la violence des impulsions biologiques et affectives ne concourent qu'à un seul but : la possibilité de reproduire l'espèce. Ceci ne peut être réalisé que lorsque le phénomène axial de ces événements peut enfin se manifester librement, régulièrement et se répéter inlassablement, jusqu'à la ménopause. Ce phénomène est celui de l'ovulation ; c'est-à-dire la mise en liberté hors de l'ovaire d'un ovule mûr, investi de toutes ses capacités, chargé de la totalité de son potentiel germinatif.

Mais si l'épanouissement de ces faits morphologiques et physiologiques est profondément nécessaire pour assurer les fondements organiques de la fonction ovulatoire, si celle-ci ne peut pas se manifester dans un organisme immature et en dehors de certaines conditions fonctionnelles adéquates, il peut arriver que la défaillance de l'ovulation ne survienne qu'après coup dans un organisme parfaitement constitué, après de longues années de fonction normale, et même lorsque des preuves manifestes de fécondité ont été prodiguées un temps variable.

C'est alors un problème nouveau qui se pose au thérapeute : celui des anovulations secondaires. C'est celui qui nous concerne ici.

Un certain nombre de conditions de tous ordres ont présidé à l'installation des pontes ovulaires et les ont rendues possibles. En revanche la régularité et la bonne qualité de l'ovulation interviennent à leur tour sur les phénomènes apparents de la fonction génitale, à mesure que la fonction ovulatoire devient meilleure,qualitativement plus parfaite et chronologiquement plus régulière, que la fonction revêt des caractères de plus en plus stables et équilibrés. Il y a en quelque sorte échange de bons procédés entre les phénomènes physiologiques qui forment les assises de l'ovulation et le fait essentiel qui couronne leurs efforts.

C'est dire aussi que la carence secondaire des ovulations n'ira pas sans provoquer de graves perturbations dans les signes extérieurs par lesquels elle se manifeste, et tout particulièrement dans le fait menstruel. L'ovulation demeure un phénomène interne sans symptômes cliniques très personnels. Les malades ne seront averties du désordre qui se passe en elles que par des indices indirects observés dans la fonction qui les préoccupe le plus, la menstruation.

Anomalies qualitatives et quantitatives des règles seront autant d'informations que quelque chose est perturbé, sans parler naturellement des symptômes majeurs tels que l'aménorrhée et la conséquence inéluctable de l'anovulation : la stérilité.

Ce sont ces troubles qui amènent les malades à consulter : à charge pour le médecin de reconnaître leur cause réelle dans un arrêt de l'ovulation, de faire le tri entre les différentes formes physiopathologiques et d'instituer le meilleur traitement.

Il y a donc des formes différentes de l'anovulation. L'anovulation n'est pas un phénomène obéissant à des raisons toujours identiques et justiciables des mêmes procédés thérapeutiques. Cette notion domine tout. Son corollaire est que dans ce travail consacré au traitement chirurgical, il importe d'abord de rappeler brièvement les diverses catégories cliniques et physiopathologiques de l'affection, ne serait-ce que pour distinguer les formes susceptibles de réagir au traitement médical et celles pour qui une chance de

guérison réside dans le traitement chirurgical.

LES CONDITIONS PHYSIOPATHOLOGIQUES DE L'ANOVULATION SECONDAIRE.

Nous ne pouvons dans ce court travail revenir longuement sur la physiologie de l'ovulation normale. Qu'il nous suffise de dire que quatre conditions sont nécessaires.

1. - Une fonction endocrinienne hypophysaire normale.

Par ces mots nous voulons rappeler l'importance d'une sécrétion normale des deux hormones gonadotropes FSH et LH , toujours associées, mais en proportions variables. Les variations de taux, selon un balancement très précis, sont seules capables de susciter le développement du follicule ovarien et la sécrétion de folliculine, puis l'ovulation, réglant ensuite l'activité du corps progestatif sécréteur de folliculine et de progestérone, et la régression du corps jaune s'il n'y a pas eu fécondation.

2. - Une conduction nerveuse normale.

Cela se résume, en pratique, à l'absence d'inhibition. On sait en effet que le facteur nerveux joue un grand rôle dans la physiologie génitale féminine. Une voie recueille les excitations extérieures venues de l'écorce cérébrale, et, passant par la tige pituitaire, gouverne indirectement, selon les nécessités extérieures, la sécrétion des gonadotrophines. Une autre voie gagne directement les récepteurs ovariens et utérins et est susceptible de bloquer à ce niveau les effets de l'activitéhypophysaire, même normale.

3° - L'absence d'un antagonisme hormonal notable.

L'obstacle le plus fréquent de l'ovulation est l'antagonisme des androgènes lorsque ceux-ci sont fabriqués en trop grande quantité par les surrénales où même par certains tissus ovariens : thèque folliculaire, cellules de Heinke du hile, dérivés théco-interstitiels.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1961 - N°

RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DANS LES ANOVULATIONS SECONDAIRES D'ORIGINE OVARIENNE

T H E S E

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le 20 Mars 1961

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Michel DUPUIS

né le 23 Août 1930

à GAGNY (Seine & Oise)

---

4 .- Une disposition anatomique normale de l'ovaire enfin.

C'est cet alinéa qui nous intéresse le plus ici. En effet, on a des raisons de penser que l'épaisseur anormale de la corticale ovarienne peut empêcher la rupture du follicule mûr et faire obstacle à l'issue de l'ovule. C'est une condition que nous retrouverons plus loin à l'occasion du syndrome de STEIN ET LEVENTHAL. Mais d'autres facteurs sont aussi à retenir; probablement la quantité de parenchyme ovarien, prise comme équivalent d'une certaine masse de tissu fonctionnel plus ou moins difficile à mettre en mouvement par une activité pituitaire donnée. Enfin vraissemblablement certaines conditions physiques régnant dans l'ovaire, comme une tension interne qui ne saurait excéder un degré maximum sans mettre en question la possibilité des réponses du tissu ovarien aux sollicitations de l'hypophyse.

——oOo——

- C H A P I T R E 2 -

LES FORMES PHYSIOPATHOLOGIQUES DE L'ANOVULATION.

Chacun de ces facteurs peut entraver le déroulement des phénomènes visant à provoquer l'ovulation. Il nous est facile dès lors, les reprenant successivement et par ordre de fréquence, d'isoler les principales formes étiopathogéniques de l'anovulation secondaire pour mettre à part celles que la chirurgie est capable de guérir.

1. - Les aménorrhées secondaires nerveuses, hypothalamiques ou neuropitiutaires.

Ce sont celles, à elles seules infiniment plus nombreuses que toutes les autres réunies, qui dérivent d'une inhibition nerveuse, la plupart du temps d'ordre psychique, psychoaffectif ou émotionnel, particulièrement fréquente chez la jeune fille ou la jeune femme qui n'a pas encore acquis la stabilité tranquille de la maturité.

L'anovulation y est totale, permanente, ou intermittente. L'inhibition fonctionnelle est profonde ou incomplète, c'est-à-dire que la fonction oestrogènique est interrompue, ou qu'elle persiste. Les symptômes généraux vont de l'obésité dite hyperhormonale (relativement), à la maigreur extrême des anorexiques sans exclure qu'un certain équilibre métabolique peut parfaitement être conservé.

Les examens spéciaux, sans jamais révéler d'ovulation, comme il se doit, montrent en revanche une FSH normale et des 17 CETO normaux.

2. - Les anovulations secondaires hypophysaires.

Elles sont dues à une profonde dépression hormonale de l'hypophyse rarement fonctionnelle, le plus souvent par destruction ou nécrose. Il s'agit, soit de tumeur de l'hypophyse ou du voisinage (cranio-pharyngiome), soit de nécrose vasculaire comme cela se voit après de très graves hémorragies obstétricales (syndrome de SHEEHAN). Le taux des FSH et de toutes les stimulines hypophysaires est extrèmement bas avec ses conséquences fatales : inactivité ovarienne totale, 17 CETO très abaissés, diminution accentuée du métabolisme basal. Le pronostic est sombre sauf s'il s'agit d'une tumeur bénigne comprimant l'hypophyse, chirurgicalement extirpable.

3. - Les anovulations secondaires par antagonisme hormonal.

Elles se rencontrent dans deux cas.

- Ou bien il s'agit d'une simple hypersécrétion fonctionnelle d'androgènes, soit par la surrénale, siège d'hyperplasie (Syndrome Surrénalo-Génital), soit par l'ovaire. (Notons que ce dernier mécanisme est volontiers évoqué dans la pathogénie de l'anovulation des gros ovaires de STEIN et LEVENTHAL).

- Ou bien il s'agit d'une tumeur à activité endocrinienne : tumeur de la surrénale avec syndrome de CUSHING, ou tumeur masculinisante de l'ovaire (Arrénoblastome).

L'élévation du taux des 17 CETO est constante dans ces cas atteignant des chiffres modérément élevés dans les hyperplasies fonctionnelles et des taux parfois considérables dans les tumeurs. Le fractionnement chromatographique des 17 CETO permet jusqu'à un certain point de reconnaître l'origine surrénalienne ou ovarienne des androgènes en excès.

4. - Les anovulations secondaires, d'origine ovarienne.

Elles font le sujet réel de ce travail, car elles seules, offrent un champ d'application direct à la chirurgie. Nous y reviendrons longuement

plus loin. Disons simplement qu'on les rencontre lorsque, dans des ovaires initialement normaux, ayant fait la démonstration de leur aptitude à une fonction normale ou subnormale, se produisent, dans leur propre tissu des altérations secondaires rendant l'ovulation impossible, par des mécanismes variables.

Le point crucial est là : l'ovaire est devenu tel qu'un obstacle sévère à l'ovulation s'y est organisé, qui rend inopérante toute thérapeutique médicale et qui ne peut être levé que par l'intervention de la chirurgie. Des détails seront donnés plus loin sur la nature de cet obstacle, tout au moins sur les nombreuses hypothèses soulevées : conditions anatomiques apparues spontanément, effets secondaires d'un désordre endocrinien, ou modifications biophysiques. L'essentiel est que cette forme existe.

C'est donc sur cette forme d'anovulation secondaire, d'origine ovarienne, ceci dit sans préjuger de ses causes réellement initiales, que nous nous arrêterons, puisqu'elle fait l'objet réel de ce travail. Nous allons rappeler succintement l'état anatomique de l'ovaire comme dénominateur commun des formes cliniques et ensuite les diverses façons qu'à l'anovulation de se traduire en pratique.

LES FACTEURS OVARIENS LOCAUX.

Essayons de voir quels phénomènes ovariens peuvent gêner ou empêcher l'ovulation. De nombreux facteurs ont été invoqués. Il semble que l'on puisse en retenir particulièrement quatre : volume de l'ovaire, épaisseur et sclérose de la corticale, présence de petits kystes sous-corticaux et antagonisme hormonal, existence d'une tension interne.

Nous étudierons dans quelle mesure, chacun de ces facteurs, pris isolément, peut être rendu ou non responsable du trouble de l'ovulation. Puis nous essaierons de donner une explication pathogénique plus complète, tenant compte alors de la possibilité d'inter-actions entre chacun de ces différents facteurs.

A. - LE VOLUME DES OVAIRES.

Le volume des ovaires pourrait constituer le premier facteur local d'anovulation. L'augmentation de la quantité du parenchyme ovarien, de deux à cinq fois supérieur à la normale parfois, pourrait être à l'origine d'une rupture de l'équilibre entre l'hypophyse et l'ovaire. Et l'on trouverait là une explication de l'efficacité du geste chirurgical, qui, réduisant la quantité de parenchyme, rétablit l'équilibre entre ces deux glandes.

B. - L'EPAISSEUR ET LA SCLEROSE DE LA CORTICALE.

Fréquemment ces gros ovaires sont entourés d'une corticale anormale. Elle est épaisse, forme une véritable coque. Elle est fibreuse et scléreuse, inextensible. Parfois, la coque est d'épaisseur normale mais elle est fibreuse. Ces faits ont été invoqués comme facteur local d'anovulation. Voyons ce que l'on peut en penser.

- Il y a des faits qui semblent très probants :

A voir certains de ces ovaires, entourés d'une corticale pouvant atteindre deux à trois millimètres d'épaisseur, formant une véritable coque, on se demande comment la rupture du follicule mûr peut s'effectuer à travers cette barrière corticale. D'autre part, STEIN aurait observé un cas où la ponte ovulaire, faute de pouvoir se faire à l'extérieur, se produisit dans le kyste voisin.

- Mais il y a des faits moins probants :

En effet, analysons de plus près le rôle de cette coque. En 1939, STEIN ET COHEN publient 21 observations. Dans 7 de celles-ci, le cortex ovarien n'avait rien de remarquable. Dans les autres publications, ainsi que dans nos observations, nous verrons que parfois cette coque est absente. De plus, l'épaisseur de cette coque, variable selon les cas, est également variable selon les régions de l'ovaire. En certains points de l'ovaire, parfois, la coque est d'épaisseur normale. Pourquoi l'ovulation ne se fait-elle pas à cet endroit privilégié de la surface ovarienne ? D'autre part, à moins d'invoquer

une sclérose évolutive (BRET) ou un facteur inflammatoire d'encapsulation (MUSSET, MORICARD, Y CANEL) pourquoi, malgré cette coque, l'ovulation est-elle possible dans des conditions normales ou subnormales pendant les premières années ? D'autre part, il est bien établi que nombre d'ovaires à grosses coques ne s'opposent pas à une fécondité normale (DAVID E., FRENKEL, SIMMON BRODY). En outre, certaines femmes atteintes de kystes dermoïdes ont très souvent des ovaires dont l'albuginée est épaisse et dure. Cela ne signifie pas qu'elles sont aménorrhéiques et stériles. Et enfin, le traitement, la résection partielle ne supprime pas la coque. Elle en supprime certes une partie, mais la continuité est rétablie par la suture, si on la fait, des lèvres de la brèche ovarienne. C'est toutefois pour cette raison, pour ne pas reconstituer la corticale que BAILEY laisse volontairement ouvert l'ovaire réséqué et même éverse les tranches de section. Ces critiques nous montrent bien que ce facteur n'est pas tout et ne peut, à lui seul, être rendu responsable du trouble pathologique.

C. - KYSTES SOUS-CORTICAUX ET ANTAGONISME HORMONAL.

L'incision de ces ovaires, au bistouri, révèle la présence, sous la corticale épaisse, d'une couronne de petits kystes folliculaires. En nombre variable, vingt à cent selon STEIN, ces petits kystes se pressent les uns contre les autres, tassés sous la capsule, repoussés par cette dernière vers la médullaire ovarienne.

L'histologie de ces formations révèle comme caractère commun habituel une hyperplasie thécale. Or, à côté de la surrénale, on admet une origine également ovarienne des androgènes. Leur source se trouve principalement dans les thèques et les dérivés thèco-interstitiels (KITTI PONSE). L'hyperplasie thècale de ces petits kystes sous-corticaux peut donc expliquer la sécrétion en excès d'une hormone antagoniste, capable de bloquer l'ovulation. On comprend bien l'efficacité du geste chirurgical, qui, réséquant la région où ces kystes sont les plus nombreux, supprime ce facteur antagoniste.

Ce facteur endocrinien est-il alors le primun novens ? L'excès des androgènes d'origine ovarienne ou même de progestérone (qui aurait, selon

DEANESLY ET HILL PETERSON, une action androgène), n'est pas toujours retrouvé. S'il y a excès, il ne dépasse jamais de taux compatibles avec une fonction normale. Dans ces cas là, les taux ne sont que très variablement influencés par l'intervention chirurgicale qui, pourtant, suffit à rétablir l'ovulation.

D. - TENSION INTERNE.

Le dernier élément local retrouvé et invoqué dans ces anovulations est constitué par l'existence d'une tension interne, régnant au sein même de l'ovaire. Ces ovaires sont tendus, lisses, oedématiés. Leur incision montre un ruissellement de liquide sous tension, provenant, soit des kystes, soit d'un certain oedème interstitiel. Cette tension interne, (tension intra-ovarienne de MEAKER, engorgement de TAYLOR) crée au sein même du parenchyme ovarien de nouvelles conditions physiques très différentes de celles régnant dans un ovaire normal. Cet état physique nouveau semble bien pouvoir diminuer ou supprimer complètement la réceptivité ovarienne ou faire opposition aux processus vasculaires inhérents à l'ovulation.

Ces conditions ne sont pas préexistentes. Elles résultent d'un mécanisme à étudier.

REYNOLDS puis DELSON expliquent cet état de tension interne par des modifications vasculaires. Les organites ovariens ne pourraient obéir aux stimulations gonadiques que grâce à une disposition spiralée des artérioles. Cette disposition constituerait un véritable frein hydraulique. Le trouble vasculaire consistant en un redressement de ces artérioles, il se produirait une intense transudation intra-kystique, rapidement irréversible, à l'origine de l'engorgement du parenchyme ovarien. A ce propos, l'inextensibilité de la coque, épaisse et scléreuse, serait un facteur favorisant.

A côté de ce facteur vasculaire, le rôle du sympathique est certainement très important. D'ailleurs, ces modifications vasculaires invoquées par REYNOLDS et DELSON supposent bien l'intervention du système neuro-végétatif. Rappelons à ce sujet les démonstrations expérimentales de COUJARD. Cet auteur a montré que l'excitation, l'irritation du sympathique pelvien ou du diencéphale a sur l'ovaire une action trophique, anatomique et lésionnelle.

En effet, l'irritation de ces nerfs végétatifs provoque le développement de petits kystes. On voit là l'importance que peut avoir un dérèglement du système nerveux sympathique, associé à un dérèglement endocrinien ou même, peut-être, cause de celui-ci.

L'étude de ces éléments locaux susceptibles de gêner ou d'empêcher l'ovulation et les tentatives d'explications à visées pathogéniques montrent en somme que trois facteurs peuvent intervenir :

- Un facteur mécanique, basé sur l'existence de cette corticale épaisse et fibreuse.

- Un facteur physique, représenté par la tension interne régnant à l'intérieur de l'ovaire.

- Un facteur endocrinien lié à l'antagonisme des androgènes ovariens.

Si, pris isolément, chacun de ces facteurs ne peut expliquer dans tous les cas, à lui seul, ces anovulations, n'existe-t-il pas entre eux des intéractions suffisantes pourétayer une explication pathogènique plus complète.

Le facteur endocrinien sera considéré comme dérèglement initial. Il y aurait au début un trouble dans les relations de l'hypophyse et de l'ovaire. La nature exacte de ce trouble est bien encore imprécise.

- Sécrétion pituitaire excessive (excès de FSH) pour certains (STEIN, LEVENTHAL, HEIZER, COHEN), donnant une stimulation excessive de la thèque interne.

- Sensibilité excessive de la thèque, (INGERSOLL, MAC DERMOTT) qui, sécrétant trop de stéroïdes sous l'influence d'une FSH pourtant normale, provoque l'inhibition de celle-ci et condamne l'hypophyse à un débit inférieur.

- Insuffisance relative de LH pour SELYE et BAILEY, résultant d'un blocage, par production excessive de progestérone, au niveau de la

thèque interne. Disons cependant que la progestérone est en fait rarement trouvée en excès.

Quel que soit le trouble initial, il semble bien qu'il se trouve au niveau des relations hypophyse-ovaire. Cependant, les résultats des dosages biologiques sont le plus souvent voisins de la normale. Le déséquilibre n'a peut-être été que transitoire, tout en étant à l'origine d'un état ovarien nouveau.

Mais ce facteur endocrinien, même s'il est le premier maillon de l'installation et de l'organisation du désordre ovarien, n'est en fait qu'un facteur déclenchant.

C'est ainsi que C. ROMAN, soulevant une hypothèse de pathogénie plausible, invoque l'action nécessaire de trois facteurs, grâce auxquels, chez certaines malades prédisposées, le trouble neuro-endocrinien initial pourrait aboutir à l'organisation au niveau des ovaires d'un état, d'abord réversible, mais devenant rapidement stable, permanent et irréversible, entraînant une aréceptivité totale de l'ovaire. Ces trois facteurs seraient :

- le terrain,
- un facteur déclenchant d'ordre neuro-endocrinien,
- la présence de conditions locales ovariennes particulières.

1° - LE TERRAIN -

Le rôle du terrain est certainement des plus important. Il est révélé par la constitution de ces malades, par leurs antécédents, spécialement dans le domaine génital. Certes, les troubles sont secondaires, mais, la plupart du temps, ils font suite à de petits états anormaux existants de toujours: règles jamais strictement normales, courtes périodes d'aménorrhée nerveuse, parfois ménométrorragies juvéniles, variations pondérales, dystonies diverses.

2° - LE FACTEUR DECLENCHANT -

C'est sur ce terrain, déjà fragile, que va agir le facteur de déclenchement.

- Il peut être purement endocrinien, comme nous l'avons exposé précédemment. Il est situé alors à l'échelon hypophyse-ovaire. (troubles de la sécrétion des gonadotrophines, troubles de la réceptivité ovarienne)

- Mais, il peut être aussi nerveux. Il réside alors en une réaction trophique de l'ovaire à une excitation sympathique directe.

- Et bien sûr, ces facteurs endocriniens et nerveux peuvent s'intriquer, constituant alors un dérèglement neuro-endocrinien, sous la dépendance du diencéphale et des agressions psycho-émotives auxquelles il est soumis.

3° - LES CONDITIONS LOCALES -

Sur tout ovaire normal ce facteur de déclenchement ne serait pas capable de créer un dérèglement ovarien durable. Il faut la présence de cette coque épaisse et fibreuse entourant l'ovaire ou même seulement une albuginée un peu fibreuse, inextensible.

Dans ces conditions, sous l'influence d'une agression ou d'un stress psycho-affectif qui va entraîner soit une réaction hormonale, soit une réaction sympathique, il va se développer dans l'ovaire, progressivement ou rapidement, une couronne de petits kystes sous-corticaux. Le parenchyme ovarien, entouré d'une albuginée inextensible, se trouve mis en état de tension, d'engorgement. Il devient résistant, ce qui est, notons le en passant, différent de l'insuffisance ovarienne.

Secondairement, on peut penser que l'hypophyse se met au diapason du trouble ovarien et de son immobilisme fonctionnel. La fonction hypophysaire devient étale, subit une sorte de repli physiologique. Le trouble qui était fonctionnel et réversible est devenu organique et permanent. Les ovulations sont suspendues, jusqu'au retour de conditions favorables. Seul le traitement chirurgical, transformant les conditions locales, pourra remettre en marche le duo pypophyse-ovaire.

Le syndrome de STEIN et LEVENTHAL est une forme devenue organique. Il n'est pas exclu qu'il existe des amorces du syndrome, soit réversibles et en phase de régression, soit non encore parvenues au stade final et organique.

- C H A P I T R E 3 -

ETUDE DE NOS TRENTE ET UNE OBSERVATIONS.

Nous avons groupé trente et une anovulations secondaires opérées, et, pour se faire une idée des résultats éloignés, nous avons envoyé, en mars 1960, à chacune de ces femmes, un questionnaire portant sur les questions suivantes :

- Mariage après l'intervention.
- Grossesses depuis l'opération, leurs dates.
- Fausses couches, leurs dates.
- Autres interventions depuis, lesquelles.
- Règles, régulières, irrégulières.
- Durée du cycle, durée des règles.

Vingt-neuf femmes ont répondu à ce questionnaire et quinze ont bien voulu se présenter dans le service pour examen. La malade de l'observation N° 10 n'a pas répondu au questionnaire et n'a jamais été revue après l'intervention. La malade de l'observation N° 31 qui n'a pas non plus répondu au questionnaire, a été néanmoins revue deux fois après l'intervention, et, nous avons ainsi pour elle quelques renseignements post-opératoires. L'étude de ces observations comportera d'abord une étude clinique, puis, ayant envisagé nos résultats globaux et analytiques, nous terminerons par un commentaire et une étude critique de ceux-ci.

ETUDE CLINIQUE.

Nous avons classé nos trente et une observations en trois rubriques:

- Les cas typiques de syndrome de STEIN et LEVENTHAL :

NEUF CAS

- Les formes d'anovulations avec hémorragies : QUATRE CAS

- Les formes d'anovulations ne correspondent à aucun syndrome clinique caractérisé : DIX-HUIT CAS.

A. - Les formes typiques du syndrome de STEIN et LEVENTHAL.

Rappelons brièvement les signes cardinaux, cliniques et biologiques. Le syndrome est défini par :

- Une aménorrhée secondaire et progressive.
- Une stérilité, allant de pair avec l'aménorrhée.
- De l'hirsutisme de type viriloïde.
- Une obésité de type androïde.
- La présence de deux gros ovaires, lisses, réguliers, non douloureux, mobiles, fermes. Ces ovaires restent immuables, ne varient ni de taille, ni de consistance. Ils sont parfois trouvés cliniquement par le toucher vaginal, mais souvent, la gynécographie est nécessaire.

Du point de vue biologique :

- Les 17 CETO sont habituellement élevés, mais peu.
- La FSH est normale ou presque.
- L'endomètre, prolifératif, non sécréteur, affirme l'anovulation.
- La courbe thermique est monophasique.

L'ovaire, gros, lisse, blanc, grisâtre, montre à la coupe une capsule épaisse sous laquelle se pressent de nombreux petits kystes. A l'examen histologique, deux éléments caractéristiques : fibrose du stroma et hyperplasie de la thèque.

Nous allons résumer maintenant nos neuf observations.

OBSERVATION N° 1.- Melle B..... Simone, 28 ans. Tuberculose pulmonaire dans ses antécédents. Aménorrhée pratiquement totale (3 à 4 règles par an), non mariée avant ni après l'intervention, hirsutisme viriloïde ++, obésité moyenne, 17 CETO = 18,2. BE du 3/5/55 : endomètre du 23 ème jour, de type folliculinique prolifératif, anovulation.

Intervention le 20/2/57. Deux gros ovaires, blancs grisâtres, corticale peu épaisse, mais très fibreuse et dure, d'épaisseur inégale selon les endroits, quelques kystes sous-corticaux, deux corps jaunes récents à gauche.

Résection cunéiforme bilatérale.

Biopsie d'ovaire :

L'ovaire est plus fibreux que kystique ; la partie superficielle est constituée d'une coque de tissu ayant subie une dégénérescence scléreuse manifeste.

Il existe néanmoins deux ou trois formations kystiques caractéristiques. Nombreuses cicatrices de corps jaune.

Ovaire scléro-kystique.

Revue les 19/6/57 - 5/12/57 puis le 6/1/59. Réapparition de cycles réguliers 30/4, pas de grossesse (non mariée), pas de régression de l'hirsutisme.

OBSERVATION N° 2.- Madame C..... Rosita, 24 ans. Mariée avant l'intervention, pas d'enfant, aménorrhée totale datant de trois ans, hirsutisme +, obésité +, BE du 1/4/54 endomètre folliculinique au stade prolifératif.

Intervention le 8/4/57. Utérus très petit, deux gros ovaires, ronds, lisses, grisâtres, tendus, parfaitement libres, trompes saines. Corticale plus fibreuse qu'épaisse. Résection cunéiforme bilatérale.

Biopsie d'ovaire :

Aspect fibro-scléreux caractéristique, mais il n'y a pas de formation kystique. Un ou deux follicules plissés dont un présente un certain degré d'hyperplasie de la thèque interne.

Densification scléreuse en surface au niveau de la coque ovarienne . Ovaire fibro-scléreux
Est réglée le 6/5/57. Revue le 8/7/57, le 1/6/59, le 6/6/59. Réapparition de cycles réguliers 30/3, pas de grossesse mais, azoospermie du mari (orchite ourlienne).

OBSERVATION N° 3.- Madame G..... Gisèle, 26 ans. Mariée avant l'intervention, pas d'enfants, aménorrhée totale depuis 5 ans (date de son mariage). Hirsutisme +, obésité +, 17 CETO = 18, FSH = 6 unités. BE du 9/7/55: Endomètre prolifératif folliculinique avec, peut-être, surcharge oestrogénique.
Intervention le 6/10/55. Utérus, trompes normales, deux gros ovaires blancs, lisses, corticale épaisse et fibreuse, kystes sous-corticaux.
Excision bilatérale de la région kystique, résection de la corticale superflue, suture des brèches de la corticale.
Revue le 29/9/55 : règles normales, puis 3 fois en 1956 : cycles très réguliers 32/4. Une grossesse normale, accouchement le 29/8/57 et une fausse couche le 11/5/58.
BE du 20/4/56 : endomètre folliculo-lutéinique avec retard de l'ovulation possible. Courbe thermique en février 56, biphasique. Diminution assez notable de l'hirsutisme.

OBSERVATION N° 4.- Madame G..... Denise, 33 ans. Mariée avant l'intervention, pas d'enfants, spanioménorrhée progressive depuis toujours, hirsutisme +, obésité +, 17 CETO = 13,3, FSH = 6 unités par 24 heures, BE le 23/7/58 au premier jour des règles : insuffisance globale folliculo-lutéinique avec probablement absence de la sécrétion du corps jaune. Lésion associée : présence d'un myome utérin.
Intervention le 19/11/58. Utérus congestif et adénomateux, myome pédiculé du fond : myomectomie. Deux gros ovaires globuleux, blancs grisâtres, tendus, corticale peu épaisse mais fibreuse.
Résection cunéiforme bilatérale, présacré, appendicectomie.

Biopsie d'ovaire :

1er ovaire : Corticale normale, nombreux follicules primordiaux. Follicules avec présence de cellules granuleuses, mais où s'observent des lacunes de désintégration. Petits follicules kystiques sans transformation lutéale.

2ème ovaire : Corticale profondément sclérosée, tout au moins dans sa couche superficielle. On ne voit pas de follicules.

Revue le 7/3/59, le 2/5/59, le 16/5/59. Réapparition de cycles réguliers 28/4. Une grossesse, accouchement normal le 6/1/60.

OBSERVATION N° 5.- Melle M..... Marie, 23 ans. Non mariée avant ni après l'intervention. Aménorrhée pratiquement totale depuis toujours. Hirsutisme +. Obésité +. 17 CETO = 9. Malade vue et opérée pour un tableau abdominal aigü.

Intervention le 12/6/55. Il s'agit d'un kyste progestatif de l'ovaire gauche rompu et qui saigne. Excision et suture simple. Les deux ovaires sont gros, lisses oedémateux. Pas de résection partielle chez cette malade peu connue et non opérée pour cela. Revue le 11/8/56. Les règles réapparaissent mais restent irrégulières 30,45/4. Pas de grossesse. 3 séances de radiothérapie type KAPLAN. Les règles restent néanmoins irrégulières.

OBSERVATION N° 6.- Melle M ..... Régine, 29 ans. Non mariée avant ni après l'intervention. Aménorrhée totale depuis l'âge de 16 ans $\frac{1}{2}$. Hirsutisme +. Obésité +. 17 CETO = 12,12. FSH = 40 unités.

Intervention le 19/1/55. Utérus assez gros et congestif. Deux gros ovaires mous, oedémateux, bourrés de kystes. Corps jaune récent à droite. Coque normale.

Résection cunéiforme bilatérale. des 2/3. Présacré et appendicectomie.

Biopsie d'ovaire :

Ovarite scléro-kystique avec nombreux follicules kystiques plissés et atrésiques. Beaucoup sont entourés d'une glande thècale assez développée, certains sont en voie de transformation fibreuse.

Revue en 1956 : les règles redeviennent régulières. Puis les cycles ont tendance à s'allonger et redeviennent très réguliers 30/3. Pas de grossesse (non mariée).

OBSERVATION N° 7.- Melle P..... , 18 ans. Non mariée avant ni après l'intervention. Aménorrhée totale depuis toujours. Hirsutisme + Obésité +. 17 CETO = 15,4. FSH = entre 6 et 40 unités. BE du 18/3/58 : endomètre folliculinique. Deux gros ovaires à la gynécographie.

Intervention le 11/4/58. Utérus petit. Deux gros ovaires, ronds, lisses, tendus, nettement augmentés de volume. Tension interne ++.

Résection cunéiforme bilatérale.

Biopsie d'ovaire :

Corticale normale sans hyperplasie de la séreuse sous-jacente. Follicules kystiques, follicules plissés et follicules en voie de résorption. Glande thècale très developpée. Pas de cicatrice de corps jaune.

Revue le 14/8/58 : réapparition de cycles réguliers. Maigrit un peu. Revue le 2/1/59 : cycles plus courts. La malade a tendance à grossir. Revue le 10/1/59 : biopsie au premier jour des règles, endomètre folliculinique, de type prolifératif, anovulutoire.

OBSERVATION N° 8.- Madame V..... Marcelle. 29 ans. Mariée avant l'intervention. Deux enfants. Aménorrhée totale depuis un an, faisant suite à une période de spanioménorrhée (60 à 90 jours). Hirsutisme +. Obésité +.

Intervention le 7/5/58. Deux gros ovaires, longs, lisses, oedémateux.

Résection en rond de saucisson de la moitié de chaque ovaire, suture de la tranche de section.

Biopsie d'ovaire :

Le tissu ovarien est constitué par une dizaine de follicules kystiques, quelques cicatrices de corps jaune ancien. Le stroma est nettement fibreux sans sclérose véritable, sauf à la superficie de la coque ovarienne où il existe une lame scléreuse.

Dans les suites : réapparition de cycles réguliers 33/4.

Pas de renseignement sur de nouvelles grossesses.

OBSERVATION N° 9.- Madame L ..... Suzanne, 25 ans. Mariée avant l'intervention. Pas d'enfants. Aménorrhée totale depuis 8 ans. Hirsutisme ++ Obésité +. 17 CETO = 9,5. BE du 4/2/60 : endomètre folliculinique, hyperplasie endomètriale avec absence de lutéinisation.

Intervention le 8/3/60. Utérus normal. Ovaires de volume pratiquement normal, non tendus, ni lisses, mais corticale nettement scléreuse et nombreux petits kystes sous-corticaux.

Résection bilatérale du tiers.

Biopsie d'ovaire :

Plusieurs follicules en voie de développement. Ils possèdent tous une couronne de cellules folliculaires. Dans la profondeur, il semble exister une cicatrice fibreuse d'un ancien corps jaune vrai. Il y a donc incontestablement une dystrophie ovarienne.

Revue le 16/6/60: réapparition de cycles très réguliers tous les 29 jours. Pas de grossesse. BE du 6/7/60 : endomètre folliculinique, surcharge oestrogénique, insuffisance lutéinique, tendance à l'hyperplasie glandulo-kystique.

B.- Les formes d'anovulations avec hémorragies. QUATRE CAS.

Nous avons isolé ces quatre observations des autres formes d'anovulations car, en effet, si le dénominateur commun, l'anovulation secondaire etl'aspect de l'ovaire, est bien présent, cliniquement ces formes sont bien éloignées du syndrome de STEIN et LEVENTHAL. Certains signes considérés comme cardinaux peuvent manquer: obésité ou hirsutisme par exemple. Mais, surtout, l'aménorrhée fait place à des hémorragies anovulatoires. C'est l'aspect de l'ovaire, gris, lisse, gros, libre, qui fait le lien avec le syndrome de STEIN et LEVENTHAL.

INGERSOLL et MAC DERMOTT ont introduit ce signe dans le syndrome de STEIN et LEVENTHAL en 1950.

Signalons une forme hémorragique intéressante (deux de nos observations sur les quatre). C'est la présence, plutôt que de métrorragies vraies, d'une hydrorrhée sanguignolante, permanente, sans règles.

Il n'est pas question de faire entrer dans ce travail toutes les hémorragies par anovulation dont on sait la fréquence extrême, surtout à la puberté et au climatère. D'ailleurs, bien souvent, la formule : hémorragie fonctionnelle = anovulation peut être vérifiée. Ce serait un non sens de les opérer toutes, surtout si la malade est très jeune. Il faut certaines conditions, portant sur l'âge, la stérilité, la constance des ménorragies, l'échec d'un traitement médical. En fait, le nombre de cas à opérer est faible. Il en reste très peu. Il ne devrait en rester presque point. Précisément, c'est dans ces formes que les résultats post-opératoires ne sont pas excellents.

Voici nos quatre observations :

OBSERVATION N° 10.- Madame D..... Alice, 22 ans. Mariée avant l'intervention. Deux enfants, une fausse couche. Période d'aménorrhée totale de 13 mois après le premier accouchement, puis période de spanioménorrhée (cycles de 40 à 60 jours), puis apparition d'une hydrorrhée sanglante depuis 10 mois. Pas d'hirsutisme. Pas d'obésité. BE du 30/8/56 : endomètre au stade folliculinique intermédiaire.

Intervention le 30/8/56. Deux gros ovaires lisses, tendus, grisâtres, oedémateux. Corticale non épaissie. Couronne continue de petits kystes folliculaires.
Résection partielle cunéiforme.

Biopsie d'ovaire :

La corticale comporte de très nombreux follicules dont un contient un cumulus proliger avec ovocyte qui paraît dégénératif. La plupart de ces follicules sont kystiques, lésions qui s'apparentent de très près à celles de l'ovarite sclérokystique.
N'a pas répondu à notre questionnaire, non revue, pas de renseignements sur les cycles ni sur des grossesses ultérieures, pas de BE faite.

OBSERVATION N° 11.- Madame M..... Jeanne, 26 ans. Mariée avant l'intervention. Deux enfants, dont un accouchement prématuré à 8 mois. Aménorrhée depuis 8 mois ; puis depuis 7 mois, hydrorrhée sanguignolante rebelle à tout traitement et à deux curetages. Obésité +. Pas d'hirsutisme. BE du 24/6/55 : endomètre folliculinique, hyperplasie et télescopage glandulaire. Deux gros ovaires cliniques.
Intervention le 24/6/55. Utérus un peu gros. Pas de lésions inflammatoires. Deux très gros ovaires blancs, grisâtres, lisses, oedémateux, parfaitement libres, ayant deux fois le volume normal.
Résection de moitié de chaque côté. Couronne de follicules périphériques, médullaire dense.

Biopsie d'ovaire :

Nombreux kystes folliculaires pourvus d'une glande thècale, parfois énorme, hyperplasique.
Nombreuses cicatrices de corps jaune formant des corps fibreux extrêmement denses. En somme lésion d'ovarite sclérokystique de très grande intensité.
Revue en 1956 : réapparition de cycles d'abord réguliers, puis ayant tendance à s'allonger. Deux nouvelles grossesses

Un accouchement prématuré à 6 mois et, cerclage de l'isthme pour béance à la 2° grossesse.

OBSERVATION N° 12.- Madame B..... Paulette, 28 ans. Mariée avant l'intervention. Deux enfants et une fausse couche. Aménorrhée avec pertes continuelles depuis 7 mois, date du curetage pour la fausse couche. Pas d'hirsutisme. Pas d'obésité. Gros ovaire droit au toucher vaginal et à la gynécographie. BE : endomètre du 27/11/58, hyperplasie avec surcharge oestrogénique. Intervention le 27/11/58. Pelvis inflammatoire avec utérus un peu mou et violacé. Deux gros ovaires, grisâtres, lisses, oedémateux. Corticale épaisse, scléreuse et dure. Nombreux petits kystes sous-corticaux. Tension interne élevée. Résection cunéiforme bilatérale. Ligamentopexie.
Revue le 29/3/60 : TV utérus bien placé, ovaire droit perçu, augmenté de volume. La malade est réglée très irrégulièrement 20,32/7. Règles abondantes et prolongées. Pas de nouvelles grossesses. BE du 5/4/60, le 22° jour des règles : hyperplasie folliculinique.

OBSERVATION N° 13.- Madame C..... Paulette, 27 ans. Mariée avant l'intervention. Un enfant. Hémorragies à type de pertes continuelles depuis 5 mois. Pas d'obésité. Pas d'hirsutisme.
Intervention le 24/5/45. Utérus en rétroversion. Deux gros ovaires, volume triple du volume normal. Ovaires lisses. Corticale très épaisse, au moins 3 millimètres, et très dure et scléreuse, de consistance presque cartilagineuse. Résection partielle bilatérale. Réapparition de cycles très réguliers 28/8. Deux nouvelles grossesses. BE du 22/4/60 : endomètre folliculinique avec peut-être un début de sécrétion de corps jaune.

C.- Les formes d'anovulations ne correspondant à aucun syndrome clinique caractérisé.

Nous avons groupé dans ce troisième paragraphe toutes les formes caractérisées par l'absence d'un ou plusieurs signes considérés classiquement comme cardinaux du syndrome de STEIN et LEVENTHAL. L'obésité et l'hirsutisme peuvent manquer. De même l'aménorrhée peut faire place à une spanioménorrhée, à condition qu'elle soit marquée néanmoins. Ce groupecomporte le plus grand nombre de nos observations, soit 18 sur 31.

Voici ces 18 observations :

OBSERVATION N° 14.- Madame B..... Fernande, 20 ans. Non mariée au moment de l'intervention. Spanioménorrhée assez régulière (35 à 40/5). Pas d'obésité, mais petit hirsutisme. Malade opérée à l'occasion d'un épisode douloureux de la fosse illiaque droite. Intervention le 15/8/58. Utérus un peu gros. Deux gros ovaires (doubles du volume normal), non tendus, assez lisses, longs, oedématiés, mobiles. Corps jaune récent sur l'ovaire droit.
Résection cunéiforme bilatérale. Appendicectomie. Réapparition de cycles très réguliers, 28/5.
Mariée depuis 1 mois.

OBSERVATION N° 15.- Madame B..... Edemonde, 26 ans. Mariée avant l'intervention. Pas d'enfants. Consulte pour stérilité. Spanioménorrhée prononcée (règles tous les 2 ou 5 mois). Pas d'obésité. Petit hirsutisme. 17 CETO = 13,5. BE du 13/8/57 et du 23/10/57 = endomètre folliculinique, prolifératif, sans signe d'ovulation.
Intervention le 6/12/57. Utérus petit et violacé. Ovaire droit lisse, blanc, peu tendu, portant un corps jaune récent. Coque un peu épaisse. Quelques kystes sous-corticaux. Oedème du stroma.
Ovaire gauche subnormal. Résection cunéiforme bilatérale. Appendicectomie.

Biopsie d'ovaire :

La corticale est normale. Au-dessous s'observent d'assez nombreux organites à différents stades de développement, depuis le follicule primordial jusqu'au volumineux follicule kystique. La glande thècale est bien développée, mais on ne voit pas d'évolution progestative.

Revue le 10/5/58 : réapparition de cycles réguliers 30/5.

Deux grossesses, accouchement les 3/12/58 et le 15/6/60.

OBSERVATION N° 16.- Madame B..... Irène, 23 ans. Non mariée au moment de l'intervention. Pas d'enfants. Aménorrhée totale depuis un an. Pas d'obésité. Hirsutisme +. BE du 21/12/57 : endomètre folliculinique, pas d'ovulation. Gros kyste de l'ovaire gauche.

Intervention le 4/11/57. Utérus petit. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche, laissant un pôle de l'ovaire. Ovaire droit lisse, gros, tendu, blanc, porcelainé, coque épaisse, médullaire dense.

Résection du kyste à gauche avec conservation du tiers environ de l'ovaire normal. Résection du tiers de l'ovaire droit Présacré. Appendicectomie.

Biopsie d'ovaire :

On constate une corticale ovarienne normale avec d'innombrables follicules primordiaux. Plus profondément, nombreux follicules en voie de développement à des stades variables. Glande thècale presque toujours nettement visible. Pas de cicatrice de corps jaune.

Développement excessif de follicules, ceux-ci n'arrivant pas à une maturation normale.

Mariage en avril. Apparition de cycles très réguliers 28/6. Pas de grossesse.

OBSERVATION N° 17.- Madame D..... Josette, 24 ans. Mariée avant l'intervention. Un enfant. Spanioménorrhée depuis 2 mois. Pas d'obésité. Petit hirsutisme. Consulte pour pelvialgies. Utérus conges-

tif en position intermédiaire. Annexes non perçues.
Intervention le 15/10/59. Utérus en rétroversion très congestif. Trompes saines. Deux gros ovaires, lisses, grisâtres non tendus, corps jaune récent à gauche. Résection partielle bilatérale du tiers. Cloisonnement du Douglas. Doleris. Appendicectomie. Revue le 4/12/59 : réapparition de cycles réguliers 28/4. Pas de grossesse.

OBSERVATION N° 18.- Madame D..... Danièle, 20 ans. Mariée avant l'intervention. Pas d'enfants. Aménorrhée totale depuis 5 ans. Pas d'obésité. Petit hirsutisme. Consulte pour stérilité. BE du 5/11/58 : endomètre folliculinique, d'aspect prolifératif. Deux gros ovaires au TV et à la gynécographie. Bifidité génitale complète.
Intervention le 5/11/58. Utérus de volume normal, mais bifide. Trompes normales. Deux gros ovaires, lisses, blancs porcelainés. Corticale épaisse, recouvrant une couronne de petits kystes folliculaires. Résection cunéiforme bilatérale.

Biopsie d'ovaire :

Réaction fibro-scléreuse accentuée du stroma plus que de la corticale. Aspect très vasculaire avec des scléroses péri-artérielles accentuées, follicules primordiaux nombreux, un ou deux follicules kystiques, ainsi qu'un corps jaune hémorragique.
Résection de la cloison vaginale. Appendicectomie. Revue 2 fois en 1959. Courbe thermique biphasique. Réapparition de cycles réguliers 30 32/5. Une grossesse en janvier 1960.

OBSERVATION N° 19.- Madame C..... Bernadette, 31 ans. Mariée avant l'intervention. Pas d'enfants. Aménorrhée totale depuis 14 mois. Pas d'hirsutisme. Pas d'obésité. FSH entre 6 et 40 unités. BE du 30/8/58 : endomètre prolifératif folliculinique. Gros ovaire droit à la gynécographie lisse et globuleux.

Intervention le 23/9/58. Utérus petit. Ovaires gros, lisses, blancs grisâtres. Corticale peu épaisse, surtout fibreuse. Nombreux petits kystes sous-corticaux. Corps jaune récent à droite. Résection cunéiforme bilatérale.

Biopsie d'ovaire :

Innombrables follicules kystiques, atrésiques ou plissés ; ces derniers entourés le plus souvent d'une glande thècale bien développée.

Un corps jaune volumineux et hémorragique. Aspect en somme de dystrophie ovarienne d'ovarite scléro-kystique.

Revue le 20/4/60 : les règles sont réapparues mais sont irrégulières, les cycles sont longs, 34 46/4. Pas de grossesse. BE du 27/4/60 : endomètre folliculinique. Absence ou retard de l'ovulation.

OBSERVATION N° 20.- Melle L..... Yvette, 22 ans. Non mariée avant ni après l'intervention. Spanioménorrhée (40 à 90 jours) depuis 6 ans. Pas d'obésité. Petit hirsutisme. La malade est vue pour un syndrome appendiculaire.

Intervention le 16/1/58. Appendice pratiquement sain. Ectomie. Ovaire droit très gros, lisse et oedémateux. Coque dure et épaisse. Couronne de petits kystes folliculaires. Résection cunéiforme. Ovaire gauche non vu (incision de MAC BURNEY).

Biopsie d'ovaire :

Albuginée ovarienne normale. La corticale comporte quelques follicules primordiaux et de nombreux follicules en développement souvent atrésique. Glande thècale peu développée. Cicatrice de corps jaune.

Donc, il existe une insuffisance de développement ovarien malgré l'évolution de nombreux follicules.

Revue le 18/6/58. Les douleurs persistent. Mais règles régulières 30/8, douloureuses. Pas de grossesse, mais non mariée.

OBSERVATION N° 21.- Madame M..... Yvonne, 23 ans. Mariée avant l'intervention. Deux enfants et une fausse couche. Longue période de spanioménorrhée pendant 2 ans après son son mariage, puis ensuite aménorrhée totale pendant 5 ans. Hirsutisme léger. Pas d'obésité. FSH + entre 6 et 40 unités. BE du 1/6/57 : endomètre folliculinique. Deux gros ovaires au TV et à la gynécographie.

Intervention le 27/6/57. Etat inflammatoire très net du pelvis. Deux gros ovaires, double du volume normal, lisses et porcelainés. Coque épaisse et fibreuse. Nombreux petits kystes folliculaires. Résection cunéiforme bilatérale. DOLERIS.

Biopsie d'ovaire :

Un certain degré de sclérose de la corticale de l'ovaire, puis une couche de follicules primordiaux en excellent état.

Plus profondément, apparaît une zone avec très nombreux kystes folliculaires. Pas de cumulus proliger. Glande thècale manifestement hyperplasique dans l'ensemble.

Une seule cicatrice de corps jaune qui semble provenir d'un follicule kystique.

Revue le 14/10/57 : pas de décalage thermique, BE du 14/10/57 : endomètre folliculinique avec anovulation. Apparition de cycles réguliers 30/4. Pas de grossesse.

OBSERVATION N° 22.- Melle M..... Nicole, 16 ans. Non mariée avant ni après l'intervention. Aménorrhée totale depuis toujours. Obésité nette. Pas d'hirsutisme. A l'examen : hymen, mais grosse masse sus-pubienne.

Intervention le 20/10/55.Gros kyste dermoïde de l'ovaire droit, ovariectomie droite avec conservation tubaire. L'ovaire gauche est gros, long, porcelainé. Coque épaisse. Résection cunéiforme. Appendicectomie. Revue 3 fois en 56, puis en 57, 58 et 60. Apparition de cycles très réguliers

29/4. Tentative de biopsie de l'endomètre, à travers l'hymen le 13/4/60 : fragment ininterprétable.

OBSERVATION N° 23.- Melle P..... Marcelle, 30 ans. Non mariée. Aménorrhée totale depuis 7 mois. Pas d'obésité, mais hirsutisme net. Examen négatif, mais hymen. A noter dysménorrhée spasmodique et hernie unguinale.

Intervention le 10/11/56. Cure radicale de la hernie. Résection du présacré. Deux gros ovaires un peu oedémateux, non tendus et lisses. Coque épaisse par endroits. Pas de corps jaune récent. Résection bilatérale du quart environ.

Biopsie d'ovaire :

Formations folliculaires nettement kystiques. Cicatrices de corps jaune avec dégénérescence lipoïde. Tendance nette à la dégénérescence fibro-scléreuse de la corticale.
En somme, ovaires scléro-kystiques.
Revue le 29/7/57 : réglée régulièrement 30/4. Pas de renseignements sur mariage ou grossesse après l'intervention.

OBSERVATION N° 24.- Melle P..... Berthe, 29 ans. Non mariée avant ni après l'intervention. Spanioménorrhée depuis toujours (60,90/7). Pas d'hirsutisme, ni d'obésité. Gros annexes dures et lisses au TV.

Intervention le 15/11/55. Les deux ovaires, très gros, blancs porcelainés à coque épaisse contiennent chacun :
1°) un kyste dermoïde multiloculé à contenu pilo-sébacé ;
2°) sous la corticale très épaisse de très nombreux follicules kystiques sous tension.
Ablation des kystes dermoïdes conservant un demi ovaire à gauche et un tiers d'ovaire à droite.
Revue en 55 et 56 : Malade réglée régulièrement, 28,30/6.
BE du 12/4/60 : endomètre folliculo-lutéinique, avec surcharge oestrogénique relative, probablement par insuffisance de sécrétion lutéinique.

OBSERVATION N° 25.- Madame P..... Nelly, 28 ans. Mariée avant l'intervention. Pas d'enfants. Consulte pour stérilité primaire. Cycles un peu longs 30, 45. Pas d'obésité. Hirsutisme léger. Examen : utérus en position intermédiaire, gros kyste de l'ovaire gauche fonctionnel (disparu à un examen suivant). Courbe thermique monophasique. BE du 8/7/58 : endomètre prolifératif avec surcharge oestrogénique, pas d'ovulation. Intervention le 29/4/59. Utérus en rétroversion. Deux gros ovaires, durs et fibreux, oedémateux. Corticale épaisse. Nombreux petits kystes sous-corticaux. Pas de corps jaune récent. Résection cunéiforme bilatérale de moitié, suture des brêches. Fixation à la DOLERIS. Présacré.

Biopsie d'ovaire :

La corticale contient : un kyste folliculaire, un follicule atrésique plissé contenant une glande thècale bien développée, en voie de prolifération. Sclérose des artériolles au niveau du hile.

Revue le 5/1/60 : règles régulières 27, 30/5. Pas de grossesse. BE du 13/1/60 : stroma plutôt lutéinique, pas de surcharge oestrogénique. Cycle ovulatoire possible,BE du 14/5/60 : hyperplasie oestrogénique, retard de l'ovulation.

OBSERVATION N° 26.- Madame P..... Lucette, 21 ans. Mariée avant l'intervention. Pas d'enfants. Pelvipéritonite avec annexite dans ses antécédents, il y a 4 ans. Puis période d'aménorrhée totale pendant 4 mois, faisant place ensuite à une spanioménorrhée (cycles de 60 à 90 jours). Pas d'obésité, mais hirsutisme très net.

Intervention le 18/6/58. Libération des adhérences de la pelvipéritonite. Deux gros ovaires fibreux assez lisses, stroma charnu et un peu oedémateux. Résection de moitié de chaque ovaire. Fixation utérine à la PESTALOZZA.

Biopsie d'ovaire :

La corticale comporte de très nombreuses formations kystiques d'origine folliculaire, glande thècale parfois très

développée. Certains kystes ont subi une évolution progestative et sont constitués par une cicatrice fibreuse pigmentée.

Revue deux fois en 58, puis en 59 : réapparition de cycles très réguliers 30/5. Pas de grossesse. BE du 1/4/60, hyperplasie à tendance glandulo-kystique avec retard de l'ovulation.

OBSERVATION N° 27.- Madame P..... Jeanne, 28 ans. Mariée avant l'intervention. Deux enfants. Aménorrhée totale depuis toujours, n'a jamais été réglée spontanément. Pas d'obésité. Pas d'hirsutisme. TV : utérus en rétroversion complète, annexes non perçus. 17 CETO = 10,5. FSH = entre 6 et 40 unités. BE du 22/5/57: endomètre folliculinique. Métabolisme basal = + 52.

Intervention le 20/6/57. Les deux ovaires sont gros, lisses, globuleux, parfaitement libres, sans trace de corps jaune. Corticale très fibreuse. Nombreux petits kystes sous-corticaux. Résection cunéiforme bilatérale. Appendicectomie, DOLERIS.

Biopsie d'ovaire :

Corticale très riche en follicules kystiques ; l'un d'eux avec cumulus proliger, mais présentant déjà des signes d'involution. Glande thècale très peu développée. Aucune cicatrice de corps jaune. Absence de sclérose corticale. Revue en 57, 58 et 59. Apparition de cycles réguliers 28, 30/4. Une grossesse en 59, accouchement normal le 12/9/59. BE du 11/2/58 : endomètre folliculinique prolifératif.

OBSERVATION N° 28.- Melle P..... Yvonne, 20 ans. Non mariée avant ni après l'intervention. Spanioménorrhée depuis toujours (45,90/3). Obésité très marquée. Pas d'hirsutisme. Deux gros ovaires à la gynécographie. Courbe thermique monophasique.

Intervention le 29/1/57. Utérus petit. Les deux ovaires sont gros, lisses, mous. Corticale un peu épaissie. Résec-

tion partielle bilatérale. Appendicectomie.

Biopsie d'ovaire :

Nombreux follicules kystiques. Un ou deux corps jaunes récents et quelques corpora-albicans. Stroma fibreux dans l'ensemble. Aspect scléreux, par endroit de la corticale : Ovaire sléro-kystique.

Revue le 7/3/57 et le 18/5/57 : règles plus régulières, cycles plus courts 25/3, 37/3. BE du 1/4/60 : endomètre folliculinique. Absence d'ovulation.

OBSERVATION N° 29.- Melle S..... Odette, 25 ans. Non mariée avant ni après l'intervention. Aménorrhée totale depuis 2 ans. Obésité marquée. Pas d'hirsutisme. Deux gros ovaires à la gynécographie. 17 CETO = 6,8. BE du 23/8/56 : endomètre folliculinique prolifératif, absence ou retard d'ovulation.

Intervention le 15/10/56. Utérus petit portant un petit myome du fond. Deux ovaires volumineux, blancs grisâtres, lisses, oedémateux. La coque, épaisse et porcelainée entoure de très nombreux kystes folliculaires. Résection partielle bilatérale. Résection du nerf présacré. Appendicectomie. Revue le 14/11/56, le 19/3/57 : apparition de cycles très réguliers 28/2, pas de grossesse (non mariée). BE du 28/3/57 : endomètre folliculinique, absence de sécrétion lutéinique. Courbe thermique monophasique.

OBSERVATION N° 30.- Madame U..... Emma, 28 ans. Mariée avant l'intervention. Deux enfants. Cycles longs depuis toujours. Périodes d'aménorrhée (pendant 6 mois après son premier accouchement par exemple). Pas d'obésité. Pas d'hirsutisme. Lésions associées : prolapsus avec incontinence d'effort, cystocèle avec glissement du col, périnée postérieur médiocre. Ovaire droit perçu au TV.

Intervention le 5/1/59. Utérus en rétroversion. Deux ovaires gros, oedémateux, tendus, corps jaune récent sur le

droit. Temps périnéal : dissection du périnée antérieur, capitonnage vésical, résection muqueuse, périnéorraphie postérieure.

Revue le 16/4/59 et le 1/10/59 : cycles réguliers 29,29/4. Pas de nouvelle grossesse. BE du 13/4/60 : endomètre surtout folliculinique, hyperplasie glandulo-kystique. La présence d'une ovulation est douteuse.

OBSERVATION N° 31.- Madame V..... Simone, 26 ans. Mariée avant l'intervention. Pas d'enfants. Aménorrhée totale depuis 6 ans. Obésité très marquée. Pas d'hirsutisme. TV : utérus petit, annexes non perçues. 17 CETO = 15,30. FSH = entre 6 et 40 unités. BE du 13/3/57 : endomètre folliculinique.

Intervention le 5/11/57. Utérus petit. Ovaires petits, mais lisses, blancs, porcelainés. Pas de trace d'inflammation. Coque assez épaisse. Nombreux kystes sous-corticaux. Résection partielle bilatérale.

Biopsie d'ovaire :

Corticale fibreuse relativement épaisse, contenant quelques ovocytes primordiaux, puis des organites à différents stades d'évolution. L'évolution vers le corps jaune paraît totalement abortive ou extrêmement réduite. Il existe pourtant une cicatrice fibreuse qui est peut-être un vestige de corps jaune actif.

Revue le 30/12/57 : n'avait pas eu encore de règles. Revue le 11/11/58 : pas encore de règles : cortancyl. Non revue depuis. N'a pas répondu à notre questionnaire.

---oOo---

- C H A P I T R E 4 -

- ETUDE DES RESULTATS -

Cette étude comprendra deux chapitres : l'étude des résultats globaux, puis celle des résultats partiels relatifs à chacune des trois formes cliniques.

LES RESULTATS GLOBAUX.-

Avant de commencer l'étude des résultats de nos trente et une observations, nous reverrons quelques statistiques analogues, publiées ces dernières années:

- En 1957. PLATE WP. (UTRECHT) reprend 77 résections faites de 1949 à 1955, à la Clinique de Gynécologie de l'Université d'UTRECHT. Sur 77 résections, 72 ont été faites pour troubles de la menstruation (cycles ovulatoires irréguliers, cycles anovulatoires, aménorrhées primaires ou secondaires), 66 malades ont pu être contrôlées. 36, soit 54 % ont eu des règles normales, sur 47 cycles anovulatoires vérifiés avant l'intervention, 27, soit 57 %, sont devenus des cycles ovulatoires réguliers. 33 femmes étaient mariées,7, 21 %, sont devenues enceintes. 6,(26 %) des 23 patientes avec anovulation constatée devinrent enceintes. Sur les 77 femmes, 42 présentaient de l'hirsutisme, 38 sont revues : 7 diminution, une disparition. Et PLATE conclue : les indications restent dans les cycles anovulatoires, avec aménorrhée et endomètre prolifératif ou avec hypertrophie glandulo-kystique. L'hirsutisme n'est pas une indication, les ovaires non palpables ne sont pas une contre-indication. C'est surtout "le succès dans les troubles de la menstruation qui donne, à nos yeux, le droit de considérer la résection partielle des ovaires comme une thérapeutique de valeur".

- En 1958. LECLERCG E. publie une statistique de 51 cas où il est étudié surtout l'hirsutisme et l'endomètre. Et l'on peut noter : 1 hirsutisme

marqué, 25 hirsutismes modérés, 16 hirsutismes légers, et 9 cas sans hirsutisme. Toutes les températures basales sont monophasiques, et les endomètres sont ainsi répartis : 3 sont hypoestrogéniques, 8 sont oestrogéniques, 8 sont hyperoestrogéniques, 9 progestiniques. 27 malades ont subi une résection cunéiforme, les résultats sont les suivants : chez 15 patientes les règles reviennent normales avec cycles ovulatoires, 8 grossesses sont notées et dans 13 cas il y a une amélioration de l'hirsutisme.

- En 1960.

- KAUFMANN R. publie une étude de 17 endomètres avant et après l'intervention.

Avant l'intervention, l'on trouve :

- 3 endomètres atrophiques.
- 4 endomètres glandulo-kystiques.
- 3 hyperplasies polypoïdes.
- 3 hyperplasies atypiques.

Après l'intervention :

- Les 3 hyperplasies atypiques sont devenues : 2 endomètres sécrétoires et 1 endomètre prolifératif.

- Les 4 hyperplasies glandulo-kystiques sont devenues : 2 endomètres sécrétoires et 2 endomètres glandulo-kystiques.

Donc six fois sur dix l'hyperplasie a cédé à l'intervention et de plus, quinze fois sur dix-sept, les cycles sont redevenus normaux.

- En 1960 également, KASKARELIS D. (ATHENES) publie une statistique de 13 cas.

Avant l'intervention il est noté : aménorrhée secondaire 7, oligoménorrhées 4, hypoménorrhées 2, hirsutisme 8. Ces 13 femmes sont mariées, ayant entre 25 et 30 ans. Elles présentent une stérilité secondaire depuis 3 à 7 ans. Grossesses antérieures aux troubles 2, cycles anovulaires prouvés par biopsie de l'endomètre, courbe thermique et frottis vaginaux 13. Ovaires palpables 6.

KASKARELIS note 10 rétrodéviations utérines, auxquelles il fait d'ailleurs jouer un rôle pathogénique. Du point de vue biologique FSH, LH, sont normaux, ainsi que folliculine, 17 CETO, et 11 OXY, le prégnandiol est abaissé. Ces 13 malades subissent une résection cunéiforme bilatérale et dans les 10 rétrodéviations une ligamentopexie à la DOLERIS. 12 patientes retrouvent des règles normales, et 7 auront une grossesse.

- NOS RESULTATS GLOBAUX -

Rappelons que nous avons obtenu 29 réponses à notre questionnaire, pour 31 patientes sollicitées. L'âge de ces femmes est compris, au moment de l'intervention, entre les limites de 16 et 33 ans.

I.- AVANT L'INTERVENTION.

A) Mariage et grossesse.

19 femmes sont mariées avant l'intervention ; 9 d'entre elles ont eu des grossesses (observations N° 8, 10, 11, 12, 13, 17, 21, 27, 30). Deux femmes vont se marier après l'intervention (observations n° 14 et 16), mais nos statistiques de grossesse porterons sur 19, car le mari de l'une de ces femmes présente une azoospermie par orchite ourlienne bilatérale (observation n° 2), et l'autre, n'est mariée que depuis 1 mois (observation n° 14).

B) Troubles de règles.

Les troubles des règles sont bien sûr présents dans chacune des 31 observations et sont répartis ainsi.

- Aménorrhées totales : 15.
- Spanioménorrhées : 12.
- Formes hémorragiques: 4.

C) Biopsie de l'endomètre.

Les 18 biopsies de l'endomètre qui ont été faites avant l'intervention montrent toutes des endomètres folliculi-

niques et prolifératifs avec absence d'ovulations. Parmi les 13 cas qui n'ont pas été explorés par biopsie, il est certain que dans quatre cas il y avait anovulation car aménorrhée totale (observations n° 6, 8, 22, 23). Parmi les 9 cas restants nous retrouvons 4 grossesses antérieures (observations n° 8, 13, 17, 30), donc la certitude que ces cycles ont été , à une époque au moins, ovulatoires. Le doute persiste pour les 6 observations restantes, parmi lesquelles on trouve 5 formes avec spanioménorrhée et une forme avec hémorragies.

D) Obésité.

L'obésité a été retrouvée 14 fois. Et l'on trouve 11 obésités moyennes, 3 obésités importantes.

E) Hirsutisme.

L'hirsutisme est noté 19 fois, réparti ainsi : 14 hirsutismes légers et 5 hirsutismes prononcés.

2.- LES INTERVENTIONS.

Les ovaires ainsi découverts peuvent se classer, selon leur aspect macrocospique :

- Ovaires présentant les caractéristiques du syndrome de STEIN et LEVENTHAL : 27.
- Ovaires de volume normal, mais coque épaisse : 1 (observation n° 9).
- Ovaires gros, mais avec coque normale : 2 (observations n° 6 et 10).
- Ovaires petits mais blancs, lisses, porcelainés : 1 (observation n° 31).

Les interventions elles-mêmes se classent ainsi :

- Résections cunéiformes bilatérales : 27
- Résections cunéiformes unilatérales : 3 (observationtions n° 16, 20, 22).

- Pas de résection : 1 (observation n° 5).

Les interventions associées à l'intervention ovarienne sont au nombre de 12, et se classent ainsi.

a) Malades opérées pour anovulation secondaire et intervention associées pour :

- Kystes dermoïdes de l'ovaire : 3 (obser. n° 16, 22, 24).
- Myome utérin : 1 (observation n° 4).
- Prolapsus génito-urinaire : 1 (observation n° 30).
- Bifidité génitale : 1 (observation n° 18).
- Séquelles de pelvi-péritonite avec annexite : 1 (observation n° 26).

b) Malades ayant subi l'intervention ovarienne, d'indication non concertée, à l'occasion d'une autre intervention pelvienne. Elles sont au nombre de 5. Elles se répartissent ainsi :

- 2 malades opérées pour syndrome appendiculaire (obser. n° 14 et 20).
- 1 malade opérée pour pelvialgies (observation n° 17).
- 1 malade opérée pour rétroversion(observation n° 13).
- 1 malade opérée pour kyste de l'ovaire, qui se révèle d'ailleurs un kyste progestatif (observation n° 5). Et cette patiente, mal connue, n'a pas subi de résection ovarienne.

Dans ces 5 cas, ou bien un ovaire analogue à celui de STEIN et LEVENTHAL a constitué une découverte opératoire, ou bien, déjà soupçonné par la clinique, l'intervention n'a fait que le confirmer.

3.- APRES L'INTERVENTION.

A) Les règles.

Les règles sont apparues, régulières chez 25 opérées. Cinq fois seulement il y a eu persistance de troubles menstruels(observation n° 5,11,12,19,

31), (mise à part l'observation n° 10, pour laquelle nous n'avons aucun renseignement post-opératoire).

a) Dans une forme typique du syndrome de STEIN et LEVENTHAL (obser. n° 5). Cette malade, qui présentait une aménorrhée totale, n'a pas subi de résection ovarienne, pour les raisons exposées précédemment. Néanmoins, des règles réapparaissent, toutefois irrégulières (30, 45/4). Il y a quand même une certaine amélioration. ROMAN C. pense que la diminution de tension interne, due à la rupture de la coque (excision d'un kyste fonctionnel) permettrait une certaine libération de la fonction ovarienne.

b) Dans une forme d'anovulation ne correspondant à aucun syndrome clinique caractérisé, avec aménorrhée totale. Néanmoins, des règles réapparaissent mais irrégulières, cycles 34, 46/4 (obser. n° 19).

c) L'observation n° 31 se situe aussi dans les formes d'anovulation ne correspondant à aucun syndrome clinique caractérisé. Cette femme qui présentait uneaménorrhée totale secondaire, une obésité marquée, pas d'hirsutisme, des ovaires petits, mais lisses, blancs porcelainés avec coque épaisse n'a pas répondu au questionnaire. Revue 11 mois après l'intervention, elle n'avait pas eu encore de règles.

d) Les deux autres observations (n° 11 et 12) se situent dans les formes avec hémorragies. Nous avons déjà vu ce que l'on pouvait en penser.

B) <u>Les grossesses</u> :

7 nouvelles grossesses sont notées et réparties ainsi :

a) - 4 chez des femmes n'ayant pas eu de grossesse antérieure (obser. n° 3, 4, 15, 18). Ces patientes avaient tout spécialement consulté pour stérilité. Dans ces 4 cas, l'absence d'ovulation avait été vérifiée et prouvée. Ces 4 cas sont répartis ainsi :

- 2 formes typiques du syndrome de STEIN et LEVENTHAL : (observations n° 3 et 4).
- 2 formes d'anovulation ne correspondant à aucun syndrome caractérisé:

  l'une avec aménorrhée totale (obser. n° 18)
  l'autre avec spanioménorrhée très marquée (obser. n° 15).

b) Les 3 autres grossesses ont lieu chez des femmes ayant présenté des grossesses antérieures. Elles avaient consulté :

- 1 pour aménorrhée totale avec anovulation vérifiée (obser. n° 27).
- 1 pour hydrorrhée rosée faisant suite à une aménorrhée avec anovulation vérifiée (obser. n° 11).
- 1 pour forme hémorragique, l'anovulation n'avait pas été vérifiée (obser. n° 13).

C) Biopsies de l'endomètre.

Il a été pratiqué 15 biopsies de l'endomètre, dont voici les résultats :

a) - Endomètres hyperplasiques avec surcharge folliculinique : 8 (observations N° 7, 9, 12, 19, 21, 27, 28, 29).

b) - Endomètres folliculo-lutéiniques .... : 6

- probables ..... : 2 (obser. n° 13,20)
- avec retard de l'ovulation ..... : 2 (obser. n° 3,26)
- avec surcharge oestrogénique relative : 1 (obser. n° 24)
- aspect progestatif net ..... : 1 (obser. n° 25)

c) - 1 endomètre a été ininterprétable, la biopsie ayant été faite dans de mauvaises conditions, à travers l'hymen (obser. n° 22).

Parmi ces 14 endomètres explorés après l'intervention nous notons que :

a) - 5 femmes n'avaient pas eu de biopsie avant l'intervention.

Elles se répartissent ainsi :

- 1 forme hémorragique, avec une grossesse antérieure, l'endomètre est folliculo-lutéinique après l'intervention (obser. n° 13).
- 4 formes d'anovulation ne correspondant à aucun syndrome clinique caractérisé, avec spanioménorrhée, et nous avons dans ces 4 cas :

  - 1 endomètre folliculo-lutéinique avec surcharge relative : (obser. n° 24).
  - 1 endomètre folliculo-lutéinique avec retard de l'ovulation (obser. n° 26).
  - 1 endomètre folliculinique (obser. n° 28).
  - 1 endomètre folliculo-lutéinique probable (obser. n° 30).

b) - 9 femmes avaient eu une biopsie avant l'intervention (toutes folliculiniques avec anovulation). Elles se répartissent ainsi :

- 7 endomètres folliculiniques (obser. n° 9,12,19, 21,27,29 .7).
- 2 endomètres folliculo-lutéiniques, l'un avec retard de l'ovulation (obser. n° 3, l'autre avec ovulation certaine (obser. n° 25).

D'autre part, parmi les femmes ayant eu des grossesses après l'intervention, il y en a 4 (obser. n° 4,11,15,18) chez lesquelles l'anovulation avait été prouvée par biopsie de l'endomètre avant l'intervention, mais qui n'ont pas eu de biopsie de l'endomètre après. La survenue d'une grossesse affirme bien la réapparition de cycles avec ovulations.

D) Obésité et hirsutisme.

Il n'a jamais été noté de disparition ou de diminution très notable de l'obésité. Dans un cas (obser. n° 3) l'hirsutisme a diminué assez notablement.

Nous pourrons ainsi résumer les résultats globaux.

I.- Réapparition de cycles réguliers : 25 fois sur 30.

2.- Apparition de 7 grossesses, pour 19 femmes susceptibles d'en avoir (21 femmes mariées après l'intervention, mais un cas de stérilité du mari et un mariage datant de un mois au moment de la réponse au questionnaire.)

3.- Ovulation.

Sur 22 cas d'anovulation, démontrés par biopsie de l'endomètre et par la clinique, nous avons après l'intervention :

- Apparition certaine de 10 cycles avec ovulation.
  - 6 prouvés par biopsie de l'endomètre.
  - 4 établis par la clinique (grossesse).
- Persistance certaine de 8 cycles avec anovulation.
- L'incertitude persiste dans 13 cas.

Nous consacrerons maintenant un paragraphe à l'étude des 8 cas avec anovulation post-opératoire et des 13 cas pour lesquels nous n'avons pas de certitude.

I.- Persistance de 8 cycles avec anovulation, après l'intervention. Ce sont les observations n° 7, 9, 12, 19, 21, 27, 28, 29.

Parmi ces 8 cas, nous avons :

- 2 formes assez typiques du syndrome de STEIN et LEVENTHAL (obser. n° 7 et 9).
- 1 forme avec hémorragies (obser. n° 12).
- 5 formes d'anovulation ne correspondant à aucun syndrome clinique caractérisé (obser. n° 19, 21, 27, 28, 29).

L'anovulation avait été vérifiée, avant l'intervention par biopsie de l'endomètre dans 7 cas. Seule la patiente de l'observation n° 28

n'avait pas eu de biopsie de l'endomètre avant l'intervention.

L'intervention :

- Les ovaires présentent un aspect typique de l'ovaire de STEIN et LEVENTHAL dans 7 cas. Dans 1 cas leur volume est normal (obser. n° 9), mais la coque est épaisse et fibreuse.

- Dans un cas, il est relevé un état inflammatoire du pelvis (obser. n° 21).

- Il a été pratiqué 8 résections cunéiformes bilatérales.

Après l'intervention :

- Chez 7 opérées les cycles deviennent réguliers. Dans un cas seulement (obser. n° 19) des règles réapparaissent, mais demeurent irrégulières, cycles de 34,46/4.

- D'autre part, dans l'observation n° 27 nous notons que la biopsie de l'endomètre, qui montre une anovulation, a été faite 8 mois après l'intervention. Mais 2 ans plus tard va apparaître une grossesse. Les cycles sont devenus secondairement ovulatoires.

Nous voyons, parmi ces femmes dont les cycles restent anovulaires que 6 malades sur 7 ont néanmoins des règles normales et régulières. La guérison est en fait apparente. Ce qui montre que l'on ne peut conclure au bon résultat sans vérification formelle de l'ovulation.

2.- L'incertitude persiste dans 13 cas.

Ce sont les observations n° 1, 2, 5, 6, 8, 10, 14, 16, 17, 22, 23, 30, 31.

L'incertitude quant à l'apparition de cycles ovulaires post-opératoires, persiste en effet dans ces 13 cas, car des biopsies d'endomètre n'ont pu être faites, les malades ne s'étant pas présentées à la convocation. D'autre part, nous ne relevons aucune grossesse.

Parmi ces 13 cas, nous avons :

- 5 formes typiques du syndrome de STEIN et LEVENTHAL (obser. n° 1,2, 5, 6, 8).
- 1 forme avec hémorragie (obser. n° 10).
- 7 formes d'anovulation ne correspondant à aucun syndrome clinique caractérisé.

L'anovulation avait été prouvée par biopsie de l'endomètre dans 5 cas, avant l'intervention (obser. n° 1, 2,10,16,31).

Les interventions ont montré :

- Ovaires d'aspect analogue à celui du syndrome de STEIN et LEVENTHAL : 10 cas.
- 2 cas avec ovaires gros mais coque normale (obser. n° 6,10).
- 1 cas avec ovaires petits mais porcelainés, lisses, blancs (obser. n° 31).

Il a été pratiqué :

- Résections cunéiformes bilatérales : 9
- Résections cunéiformes unilatérales : 3 (obser. n° 20,22,16)
- Pas de résection .... : 1 (obser. n° 5).

Après l'intervention :

- Les règles réapparaissent régulières dans 10 cas.
- Dans l'observation n° 5, les cycles réapparaissent, mais restent irréguliers. Nous avons vu ce que l'on pouvait en penser.
- Les résultats de l'observation n° 31 ne sont pas connus; la malade n'ayant pas répondu au questionnaire. Nous savons néanmoins que un an après l'intervention cette femme n'avait pas eu de règles.
- Les résultats de l'observation n° 10 ne sont pas connus.

Il nous paraît extrêmement intéressant de reprendre ces résultats; les considérant alors dans le cadre plus restreint des différentes formes cliniques. Ceci nous permettra de mieux montrer qu'elles sont les formes cliniques présentant les résultats éloignés les meilleurs, et aussi, les formes cliniques dans lesquelles les résultats sont moins bons ou mauvais.

A.- FORMES TYPIQUES DU SYNDROME DE STEIN ET LEVENTHAL.

Nous avons dans ce chapitre 9 observations numérotées de 1 à 9. L'âge de ces femmes, au moment de l'intervention est compris entre les limites de 19 et 33 ans.

I.- Avant l'intervention, nous avons noté :

Mariages :

- 5 femmes sont mariées (obser. n° 2, 3, 4, 8, 9).
- 1 femme avait déjà eu 2 enfants (obser. n° 8).

Troubles menstruels :

- Aménorrhées totales secondaires : 6 (obser. n° 2,3, .6,7,8,9)
- Spanioménorrhées .... : 3 Ce sont toutes des spanioménorrhées très prononcées, règles moins de 3 à 4 fois par an (obser. n° 1, 4, 5).

Ovulation :

- L'anovulation a été vérifiée 6 fois par biopsie de l'endomètre, bien que l'on puisse certainement affirmer l'anovulation dans les 9 cas, tenant compte du trouble des règles. (observ. n° 1, 2, 3, 4, 7, 9).

Les 17 CETO ont été dosés 7 fois. Dans 5 cas elles étaient augmentées et supérieures à 10 mmg. (obser. n° 1, 3, 4, 6, 7).

Lésions associées : 1

C'est chez l'une de ces malades, la présence d'un myome utérin (obser. n° 4).

2.- L'intervention.

Les ovaires sont :

- typiques du syndrome de STEIN et LEVENTHAL : 7 fois
- de volume normal mais avec coque épaisse : 1 fois (obser. n° 9)
- gros mais coque normale .... : 1 fois (obser. n° 6)

Il a été pratiqué :

- résections cunéiformes bilatérales : 8
- pas de résection ovarienne dans l'observation n° 5. C'est le cas qui correspond à la non réapparition de cycles réguliers.

3.- Après l'intervention.

Les règles :

- Les règles sont réapparues chez 8 de ces femmes avec des cycles très réguliers. Une seule fois il y a eu persistance de troubles menstruels. C'est, chez cette femme qui, ayant subi une laparotomie à l'occasion d'une autre intervention ovarienne, n'a pas, faute de renseignements cliniques suffisants, eu de résection ovarienne.

Les grossesses :

- Deux grossesses apparaissent (obser. n° 3, 4).
  Notons que dans l'observation n° 8 nous n'avons pas eu de renseignement à ce sujet. Dans un autre cas (obser. n° 2), il existe une cause maritale à la stérilité. Donc, seulement 3 femmes étaient susceptibles d'avoir des grossesses, deux en ont eues.

L'ovulation :

- L'ovulation a été recherchée 3 fois après l'intervention, par biopsie de l'endomètre.
- 2 endomètres restent folliculiniques sans signe d'ovulation, chez des femmes qui pourtant maintenant sont très bien réglées (obser. 7, 9).

- I endomètre devient folliculo-lutéinique, avec pourtant retard de l'ovulation. C'est d'ailleurs l'endomètre de l'une des deux femmes ayant eu une grossesse après l'intervention (obser. n° 3).

- Parmi les femmes n'ayant pas eu de biopsie de l'endomètre, il en est une présentant une grossesse (obser. n° 4). On peut donc aussi affirmer l'ovulation dans ce cas.

LES RESULTATS DANS CETTE FORME CLINIQUE PEUVENT SE RESUMER AINSI :

- Réapparition de cycles réguliers : 8 fois sur 9.
- Apparition de 2 grossesses pour un nombre de femmes susceptibles d'en avoir égal à 3.
- Apparition certaine de cycles avec ovulation : 2
- Persistance certaine de cycles avec anovulation : 2
- L'incertitude persiste dans 5 cas.

L'incertitude persiste dans ces 5 cas (obser. n° 1, 2, 5, 6, 8), car il n'a pas été pratiqué de biopsie de l'endomètre après l'intervention et il n'est pas noté de grossesse. En fait parmi ces 5 femmes, seulement 2 sont mariées (obser. n° 2, 8), les autres étant restées célibataires.

B.- FORMES D'ANOVULATION AVEC HEMORRAGIES.

Ces observations sont au nombre de 4 (n° 10, 11, 12, 13), Ces femmes dont l'âge se situe entre 22 et 31 ans sont toutes mariées au moment de l'intervention.

I.- Avant l'intervention, nous avions noté :

Troubles menstruels :

- formes avec métrorragies secondaires : 2 (obser. n° 12, 13).
- formes avec hydrorrhée sanguignolante : 2 (obser. n° 10, 11).

Grossesses antérieures à ces troubles :

- 4 (une chez chaque femme).

Obésité :

- 1 (obser. n° 11).

Hirsutisme :

- 0

Ovulation :

- recherchée 3 fois par biopsies de l'endomètre (obser. n° 10, 11, 12). Ces 3 endomètres étaient folliculiniques avec anovulation.

Lésions associées :

- 1, d'ailleurs sans importance (rétroversion).

2.- L'intervention :

Les ovaires :

- aspect typique du syndrome de STEIN : 3 (obser. n° 11, 12, 13).
- ovaires gros, lisses, tendus, oedémateux, avec nombreux kystes, mais avec coque normale : 1 (obser. n° 10).

Il a été pratiqué :

- résectionscunéiformes bilatérales : 4

3.- Après l'intervention :

Les règles :

- Seulement dans 1 cas nous pouvons affirmer la réapparition de cycles réguliers (obser. n° 13).
- Dans deux observations, des règles apparaissent mais les cycles sont très irréguliers : dans l'observation n° 11, il est noté, un an après l'intervention : réapparition de cycles ayant tendance à s'allonger. Dans l'observation n° 12, l'on note, 2 ans après l'intervention : règles irrégulières 20,32/7, abondantes et prolongées.
- Dans un cas nous n'avons pas de renseignement post-opératoire (obser. n° 10).

Les grossesses :

- Deux nouvelles grossesses apparaissent (obser. n° 11, 13).

Malheureusement nous n'avons pas de renseignements à ce sujet pour l'une des opérées (obser. n° 10).

Ovulation :

Nous avons pu pratiquer à nouveau 2 biopsies de l'endomètre :

- 1 endomètre reste folliculinique. Chez une femme qui avait un tel endomètre avant l'intervention, et qui après celle-ci n'a pas eu de grossesse (obser. n° 12).
- 1 endomètre est folliculo-lutéinique, avec retard probable de l'ovulation (obser. n° 13). Cette femme n'avait pas eu de biopsie avant l'intervention. Pas de grossesse post-opératoire.
- La patiente de l'observation n° 11, qui n'a pas eu de biopsie de l'endomètre, a présenté deux nouvelles grossesses. L'ovulation peut être affirmée quoique les résultats sur les troubles menstruels ne soient pas excellents dans ce cas.
- L'autre femme n'ayant pas eu de biopsie de l'endomètre est celle de l'observation n° 10, pour laquelle nous n'avons aucun renseignement.

LES RESULTATS DE CETTE FORME CLINIQUE PEUVENT SE RESUMER AINSI :

- Réapparition de cycles réguliers : 1 fois sur 3.
- Apparition de 2 grossesses pour 3 femmes seulement.
- Apparition de cycles avec ovulation : 2
- Persistance certaine de cycles avec anovulation : 1

Pour engager à la plus grande prudence opératoire dans ces formes hémorragiques, où les résultats sont les moins bons, et où les indications doivent être les plus restreintes, nous citerons le cas d'une malade, que nous avons classé hors-statistique. En effet, l'indication était discutable, mais aussi les résultats sont mauvais. Voici cette observation :

Madame E..... Jeanne : 30 ans au moment de l'intervention. Mariée avant l'intervention, six enfants. Dans ses antécédents : appendicectomie et ablation d'un kyste de l'ovaire droit, en 1949, puis pendant plusieurs années, pelvialgies tenaces. En 1956, apparition de métrorragies résistant à tout traitement et durant près de un an. Type somatique normal, pas d'obésité, pas d'hirsutisme. Gros ovaire gauche au TV.

A la suite d'une importante métrorragie en 1957 : Intervention le 28/2/57. Gros utérus congestif, état congestif pelvien diffus. Ovaire droit gros, lisse, violacé, oedémateux. Ovaire gauche de même aspect mais de volume normal. "En désespoir de cause" on pratique une résection subtotale bilatérale. A droite, l'ovaire est distendu par de nombreux petits kystes. La malade est revue très souvent. Mauvais résultat. Règles très abondantes, persistance de douleurs pelviennes. En 1957, radiothérapie pour castration, disparition des douleurs.

C.- FORMES D'ANOVULATION NE CORRESPONDANT A AUCUN SYNDROME CLINIQUE CARACTERISE.

Au nombre de 18, ces formes sont les plus nombreuses. Elles concernent des femmes, dont l'âge se situe entre 16 et 31 ans. Les observations sont celles numérotées de 14 à 31.

1.- Avant l'intervention, nous avions noté :

Mariages :

- 10 femmes sont mariées, 4 ont déjà eu des enfants (obser. n° 17, 21, 27, 30).

Troubles menstruels :

- aménorrhées totales : 9
- spanioménorrhées : 9

Obésité :

- 4 (obser. n° 22, 28, 29, 31).

Hirsutisme :

- 10 (obser. n° 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 26).

Ovulation :

- Les 9 biopsies de l'endomètre faites, ont toutes montré des endomètres folliculiniques avec anovulation (obser. n° 15, 16 18, 19, 21, 25, 27, 29, 31).

Lésions associées :

- 8.

2.- L'intervention :

Les ovaires se présentaient ainsi :

- aspect typique du syndrome de STEIN : 17
- ovaires petits, mais lisses, porcelainés : 1 (obser. n° 31).

Il a été pratiqué :

- résections cunéiformes bilatérales : 15
- résections cunéiformes unilatérales : 3 car,
  - deux ovarioctomies du côté opposé pour kyste dermoïde (obser. n° 1, 22).
  - observation n° 20 : ovaire gauche non accessible (incision de MAC BURNEY).

3.- Après l'intervention.

Les règles :

- Dans 16 cas, elles réapparaissent très régulières.
- Dans l'observation n° 19 dont la malade présentait une aménorrhée totale secondaire, il y a réapparition de règles, mais très irrégulières (cycles de 34,46/4).
- Des troubles menstruels persistent aussi dans l'observation n° 31. Revue un an après l'intervention, cette femme n'avait pas encore eu de règles et avait reçu alors une prescription de cortancyl.

Les grossesses :

- Trois nouvelles grossesses apparaissent (obser. n° 15, 18, 27). Mais n'oublions pas que lors des réponses à notre questionnaire, 6 femmes étaient encore célibataires (obser. n° 20, 22, 23, 24, 28, 29), et d'autre part, une était mariée depuis un mois seulement (obser. n° 14).
  Donc, en fait, ces 3 grossesses doivent être rapportées au chiffre de 10 et non de 18.

L'ovulation :

Nous avons pu faire 10 nouvelles biopsies de l'endomètre, dont voici les réponses :

a) 5 endomètres restent folliculiniques :

- Dans 4 cas l'endomètre avant l'intervention était déjà ainsi (obser. n° 19, 21, 27, 29).
- Dans le 5° (obser. n° 28, spanioménorrhée prononcée) l'endomètre n'avait pas été étudié avant l'intervention.

Mais, parmi ces 5 cas d'anovulation persistante, il est une femme qui a eu une grossesse 2 ans après l'intervention, soit un an après la biopsie révélant un état encore anovulatoire. C'est l'observation n° 27. On peut donc affirmer que deux ans après l'intervention les cycles étaient à nouveau ovulatoires et on ne retiendra donc que 4 anovulations post-opératoires.

b) 4 endomètres sont devenus folliculo-lutéiniques :

- 1 d'une façon certaine d'ailleurs chez une femme n'ayant pas eu de grossesse (obser. n° 25).
- 1 endomètre est folliculo-lutéinique mais avec retard de l'ovulation (obser. n° 26), la courbe thermique est biphasique.
- 1 autre est folliculo-lutéinique mais avec persistance d'une certaine hyperplasie glandulo-kystique (obser. n° 30).

- Le dernier, folliculo-lutéinique l'est mais avec surcharge oestrogénique (obser. n° 24). Dans ces 3 derniers cas non plus il n'y a pas eu de grossesse.
- La 5° et dernière biopsie, faite à travers l'hymen n'a pu être interprétée (obser. n° 22).

D'autre part, deux femmes n'ayant pas eu de biopsies après l'intervention ont eu des grossesses (obser. n° 15, 18). L'ovulation est certaine dans ces deux cas et nous pouvons les ajouter dans nos statistiques.

LES RESULTATS DANS CETTE FORME CLINIQUE PEUVENT SE RESUMER AINSI :

- Réapparition de règles régulières : 16 fois sur 18.
- Apparition de 3 grossesses pour 10 femmes susceptibles d'en avoir.
- Apparition de 6 cycles avec ovulation.
- Perisistance de 4 cycles avec anovulation.
- Incertitude dans 6 cas.

L'incertitude persiste dans 6 cas (obser. n° 14, 16, 17, 20, 23, 31), car en effet, ces femmes n'ont pas présenté de grossesses après l'intervention et nous n'avons pu pratiquer de biopsie de l'endomètre. Néanmoins, deux femmes sont restées célibataires (obser. n° 20, 23).

——oOo——

C O N C L U S I O N S

1°) Nous rapportons les résultats secondaires et éloignés de 30 résections cunéiformes des ovaires pour anovulation constante ou habituelle, liée à un état particulier des ovaires : volume supérieur à la moyenne, corticale plus ou moins épaisse, tension interne, présence de nombreux petits kystes folliculaires sous-corticaux.

2°) Les résultats sont étudiés principalement en fonction du retour à la menstruation régulière et à des ovulations normales.

3°) Des menstruations régulières sont apparues chez 25 opérées, soit dans 83, 3 % des cas.

4°) Le retour à des ovulations normales est plus difficile à prouver car, si presque toutes les malades ont répondu à une enquête écrite, 15 seulement se sont prêtées à une ou plusieurs biopsies de l'endomètre. Les résultats sont les suivants :

- Ovulation prouvée chez 10 femmes (6 fois par biopsie de l'endomètre ; 4 fois par apparition d'une grossesse).
- Anovulation persistante chez 8 femmes, prouvée par biopsie.
- Renseignements insuffisants : 13 cas.

5°) Les meilleurs résultats concernent 8 malades présentant le syndrôme classique de STEIN et LEVENTHAL (aménorrhée, obésité, hirsutisme, état typique des ovaires).

- Réapparition de règles régulières : 8 cas sur 8.
- Cycles ovulatoires prouvés 2 fois.
- Renseignements insuffisants : 4 cas.

6°) Les résultats sont médiocres dans 4 formes d'anovulation avec hémorragies :

- Réapparition de règles régulières : 1 cas sur 4.
- Cycles ovulatoires prouvés : 2 cas.
- Persistance de troubles menstruels graves : 2 cas.

7°) Les résultats sont moyens dans les 18 cas ne correspondant à aucun type clinique particulier :

- Réapparition de règles régulières : 16 cas sur 18.
- Cycles ovulatoires prouvés : 6 cas.
- Renseignements insuffisants : 6 cas.

8°) Ces résultats seraient susceptibles d'être améliorés si certaines malades, qui ne se sont pas prêtées à des examens complets, acquerraient par le mariage la possibilité de démontrer leur fécondité.

9°) Le décalage très caractéristique entre la restauration des règles normales (83, 3 % des cas) et le chiffre beaucoup plus faible du retour à des ovulations, montre que la réapparition de la fonction menstruelle ne suffit pas à prouver l'excellence des résultats dans la chirurgie de l'anovulation. Un nombre important de cycles reste en effet anovulatoire.

Vu, le Doyen :

H. HERMANN

Le Président de la Thèse :

Monsieur le Professeur POLLOSSON

Vu et Permis d'imprimer

Lyon, le 13 Mars 1961

Le Recteur, Président du

Conseil de l'Université

~~Pour le Président du Conseil de l'Université~~

~~Le Vice-Président~~.

P. Louis.

B I B L I O G R A P H I E

ALLEN WM. et WOLF RB. - Résection médullaire des ovaires dans le syndrome de STEIN et LEVENTHAL. Amer J Obst Gyn 1959-77-4 826-837.

ALVIN M., SIEGLER. - Unilateral ovary with polycystic disease. Amer J Obst Gyn. 1952 64-431.

BAILEY KV. - Ovarian changes concerned with gonadotrophic dysfunction and associated with amenorrhoea and infertility Treatment by ovarian wedge resection and eversion with GILLIAM suspension. J Obst Gyn Brit Emp. Août 1959 vol. 66, n° 4, 556-566.

BAILEY KV. - The operation of extroversion of the ovaries for functional amenorrhea especially of secondary type. J Obst and Gyn Brit Emp, 1937, 44, 637.

BERNARD I. - Ovulation et dysovulation. Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, n° 4, avril 1959, 281.

BOINET G., MARTY R., ISIDOR P. - A propos de certaines dystrophies ovariennes. Etude anatomo-clinique et expérimentale de l'hyperthècose. Comptes rendus de la Société Française de Gynécologie, Janvier 1960, 34.

BRET J., BONAN J. et JAYLE MP. - Aménorrhée avec hypérandrogénisme. Bull an Gyn Obst, 1950, 2, n° 5, 532.

BRET J. et BAILLY H. - Ovariectomie subtotale dans le cas de kyste dermoïde bilatérale. Avenir de l'ovaire restant. La Presse Médicale , 1954, n° 75, 1563.

BRET J. et BARDIAUX M. - De l'utilisation de la cortisone en obstétrique et en gynécologie. Sem des Hôpitaux de Paris, 1955, n° 31, 727.

BRET J., LEGROS R., HIDDEN J. - Cortisone et dérivés dans le traitement de la stérilité. Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique 12, 1959, 805.

BRET J. DUPEYRAT B. et BOUTEY J. - A propos du syndrome de STEIN et LEVENTHAL. Presse Médicale 76, 1952, 1561.

BUXTON L., SOUTHAM A. - A critical survey of present methods of diagnosis and therapy in human infertility. Amer J. Obst Gyn, 70, octobre 1955, 741, 753.

CHAZEL R. - Une observation de métrorragies graves avec lésions ovariennes bilatérales. Revue française de Gyn. et d'Obst. n° 5-6, 1956, 208.

COTTE et PINET. - Stérilité d'origine ovarienne, résection bilatérale des ovaires. Bull. Soc. Gynéc. et Obst. de Paris 1938, 27, n° 10, 762.

CINGLINGER A., GROS CM., KELLING R. - Sur les indications de la Gynécographie. Soc. de Gyn. et d'Obst. de Strasbourg. Séance du 8/12/56.

COHEN A. - Sur certains aspects de l'élévation des 17 cétostéroïdes chez la femme. Thèse, Paris 1957.

DE VERE RD., DEMPSTER KR. - A case of the STEIN LEVENTHAL syndrome associated with carcinoma of the endometrum. J Obst Gyn Brit Empire. Décembre 1959, vol. 60, n° 6.

DUPRAZ FH. - L'ovulation et ses troubles. Gyn prat., tome 7, n° 5, 1956 283.

DELSON B., LUBIN S., REYNOLDS SRM. - Spiral arteries in the Human ovary. Endocrinology, 1948, 42, 124, 128.

FOSS B., HORNEH et HERTIG A. - The endometrum and sterility. Fertility and sterility, vol. n° 9, n° 3, 193, 1958.

FISCHER RH. et RILEY CL. - Pregnandiol excretion in e masculinzing syndrome. J Clin. Endoc. and Metab. 1952, 12, 890.

HEIZER H. - Le syndrome de STEIN. Geb U Frauenb, 1953, 13, n° 2, 167.

HEURTIN M. - Le syndrome de STEIN LEVENTHAL. Etude critique. Thèse de Médecine, LYON 1957.

INGERSOLL W. et MAC DERMOTT. - Bilateral polycystic ovaries STEIN and LEVENTHAL syndrome. Amer J Obst.and Gyn, 1950, 60, 117.

JACKSON RL., DOCKERTY MB. - The STEIN-LENVENTHAL syndrome. Analytis endometrial carcinoma. Amer J Obst Gyn 1957, vol. 73, n° 1, 161, 174.

KASKARELIS D. - Sur le syndrome de STEIN et LEVENTHAL. Gyn et Obst 59, n° 2, 1960, 268.

KAUFMANN R. - Endometrial changes in STEIN-LEVENTHAL Syndrome. Amer J Obst Gyn 77, n° 6, 1960, 1271, 1286.

LEVENTHAL ML. - Amenorrhea and sterility cased by bilateral polycystic ovaries. Amer J OBst and Gyn 1941, 41, 516-517.

LEVENTHAL ML., COHEN MR. - Bilateral polycystic ovaries, Stein syndrome. Amer. J. Obst. Gyn. 1951, 61, 1034-1046.

LAFFARGUE P., GARES R. et LUSCAN R. - Syndrome de STEIN et LEVENTHAL avec fractionnement chromatographique des 17 Cétostéroïdes. Revue française de Gyn. et d'Obst. , n° 1, 1959, 39.

LAFFARGUE P., GARES R., LUSCAN R. et PORTIER A. - Syndrome de STEIN et LEVENTHAL d'origine congénitale probable guéri par résection cunéiforme des ovaires et cortisone. Hyperplasie fonctionnelle du stroma ovarien. Bull. de la Fédération des Sociétés de Gyn. et d'Obst. de langue française. Tome 9, n° 3,1957, 317.

LECLERCQ E. - Le syndrome de STEIN et LEVENTHAL. Bull. Soc. Royale Belge Gyn. Obst., 1958, t. 28, n° 6, 493-518.

MARSALEK J., TALAS M., NOVOSAD D', BARTOSOVA L. - Contribution au diagnostic différentiel des hirsutismes. Arch. für Gynäk, 1957, vol. 188, cahier 5, 443, 456.

MAYER M., HERVE R., CAMENEN X. - A propos du syndrome de STEIN et LEVENTHAL. Rev. française de Gyn. et d'Obst. 1956, n° 9, 10, 289-311.

MEAKER SR. - Ovarian resection for the relief of sterility. Fertility and sterility, 1950, I, 293-305.

MEZZADRA JME., INZA R. - Diagnostic clinique de l'ovulation chez les femmes stériles. Valeurs comparées des divers procédés. Annal. Ost. Gin 7, 1956, I, 126-140.

MIROUZE J., BORIES-AZEAN A. et COLIN R. - Le syndrome des gros ovaires blancs emprisonnés (syndrome de Stein et Leventhal) à propos de trois observations. Rev. française de Gyn. et Obst. n° 9, 10, 1959, 659.

MULLER P., LE GAL Y., WALTER F. - Le virilisme pilaire chez la femme. A propos d'un cas de syndrome de Stein et Leventhal. Soc. de Gyn. et d'obst. de Strasbourg. Séance du 1/2/1958.

MUSSET R., MORICARD R., CANEL Y. - Ovarite polymicrokystique avec aménorrhée secondaire (syndrome de STEIN et LEVENTHAL) apparue au cours d'une annexite du post-partum. Journées Gynécologiques et Phlébologiques de Luxeuil-les-Bains, 14- 16/5/1955.

NETTER A., LAMBERT A., SALOMON Y. - Insuffisance lutéale et hypersécrétion des 17 cétostéroïdes urinaires. Comptes rendus de la Société Française de Gynécologie, n° 4, 1955, 179.

NETTER A., LAMBERT A., HASKELES M. - Syndrome de STEIN et LEVENTHAL. A propos de 4 cas. Comptes rendus de la Société Française de Gynécologie, n° 3, 1958, 127.

NETTER A., HENRY R., THEVENET A. et Mme MASCHI. - Six cas d'aménorrhée hyperandrogénique, étude chromatographique des 17 cétostéroïdes. Compte-rendu de la Soc. Fran. de Gyn., n° 5, 1954, 168.

NETTER A., MUSSET H. - Spanioménorrhée avec stérilité. Guérison par l'intervention chirurgicale. Syndrome dit de STEIN et LEVENTHAL. Bull. de la Fédération des Soc. de Gyn. et d'Obst. de langue française. Tome 6, n° 4, 1954, 396.

NETTER A., LAMBERT A. - La stérilité d'origine ovarienne. Revue du Praticien 1954, 4, n° 4, 295.

PLATE WP. - Résection partielle des ovaires. Gynécologie pratique. Tome 8, n° 1, 1957, 9-12.

PLATE WP. - Le syndrome de STEIN et LEVENTHAL. Sem. des Hôpitaux (Médecine dans le monde), 1953, 29, n° 1, 34.

PEEL JH. - The role of major surgery in infertility. Amer. J. Obst. Gyn. 1956, 4, vol. 71, n° 4, 706-718.

POLOSSON et NOTTER. - Importance des relations entre ovaire scléro-kystique et puerpéralité. Bull. Soc. Gyn. Obst. 1953, 52, n° 2, 187.

RABINOWICS I. - Le syndrome de STEIN-LEVENTHAL. Thèse des Médecins de Genève, 1956.

RAZEMON P., LINQUETTE M., RIBET M., Mme DUPONT - LECOMPTE J. et CLAES M. - A propos du syndrome de Stein et Lenventhal. Soc. Nat. de Gyn. et d'Obst. de Fran. Réunion du 17 /10/59.

ROMAN C. - Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un ovaire porcelainé après administration de gonadotrophines. Bull. de la Fédération des Soc. de Gyn. et d'Obst. de lanque Fran. 1953, tome 5, n° 4, 464.

ROMAN C. - Syndrome de STEIN-LEVENTHAL. Aspect typique et aspects particuliers. Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst. Tome 8, n° 3, 1956, 274.

ROMAN C. - Sur le syndrome de STEIN et LEVENTHAL. Etude critique. Revue Fran. de Gyn. et d'Obst., 1957, n° 3-4, 81.

ROMAN C. et HEURTIN M. - La chirurgie de l'anovulation. Lyon chirurgical, tome 55, n° 3, Mai 1959, 400-407.

ROMAN C. - Le syndrome de STEIN-LEVENTHAL. Ann. Chir. 1959, vol. 13, n° 5-6, 293-301.

ROUCHY R. - Le syndrome de STEIN-LEVENTHAL, ses limites, sa réalité. Soc. de Gyn. et d'Obst. de l'Ouest. Séance du 20/3/1960.

SCHOCKAERT JA. - Considérations au sujet de sept cas de syndrome de Stein-Leventhal. Journées Gyn. et Phlébologiques de Luxeuil-les-Bains, 14-16/5/1955.

SHIPPEL S. - The ovarian theca, cell. J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1950, 57 362-387.

SHIPPEL S. - The ovarian theca cell. The hyperthecosis sundrome. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., Juin 1955, vol. 62, n° 3, 321-354.

STEIN IF., COHEN MR. - Surgical treament of bilateral polycystic ovaries. Amer. J. Obst. and Gyn. 1939, 38, 465.

STEIN IF., LEVENTHAL ML. - Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. Amer. J. Obst. and Gyn. 1935, 29, 181.

STEIN IF. et COHEN MR. - Results of bilateral avorian wedge resection on 47 cases of sterility. Amer. J. Obst. and Gyn. 1949, 58, n° 2, 267.

STEIN IF. - The Stein-Leventhal syndrome. West J. Obst. Gyn. 1955, vol. 63, n° 6, 319-324.

STEIN I. - La Gynécographie : apport inestimable au diagnostic de l'état du petit bassin chez la femme. Gyn. prat., tome 10, n° 6, 1959, 397.

TAYLOR HC. - Vascular congestion and hyperemia. Amer. J. Obst. Gyn. 1949, 57 , 637-668.

TCHOBROUTSKY C. - Le syndrome de STEIN-LEVENTAL existe-t-il ? Etude critique à propos de 22 cas de résection cunéiformes des ovaires. Tèse Paris le 10/3/1959, 59-178.

WEED JC. - Management of hirsutism in the female. Amer. J. Obst. Gyn. 1955, vol. 69, n° 6, 1348-1357.

———oOo———

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE 1 – Les conditions physiopathologiques de l'anovulation secondaire 1

CHAPITRE 2 – Les formes physiopathologiques de l'anovulation 5

CHAPITRE 3 – Etude de trente et une observations 14

CHAPITRE 4 – Etude des résultats 34

CONCLUSION 54

BIBLIOGRAPHIE 56